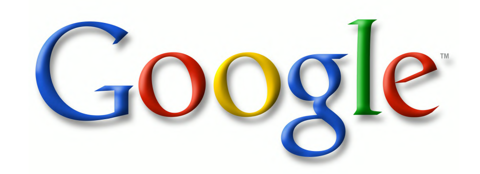
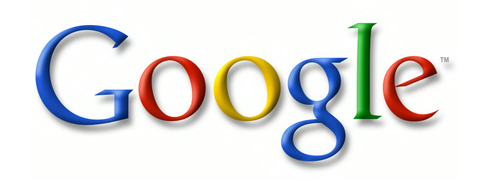
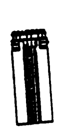








ENCYCLOGRAPHIE

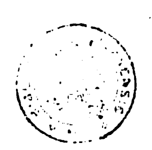
DES

SCIENCES MÉDICALES.

TOME DIXIÈME (2me SÉRIE.)

OCTOBRE 1836.





BRUXELLES,

ÉTABLISSEMENT ENCYCLOGRAPHIQUE, FAUBOURG DE FLANDRE.

1836.

BULLETIN MÉDICAL

BELGE,

RÉDIGÉ

PAR UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS,

ET PUBLIÉ SOUS LA DIRECTION DE

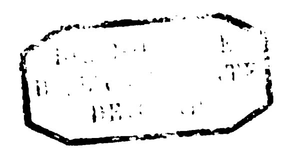
J.-R. MARINUS,

DOCTEUR EN MÉDECINE, SECRÉTAIRE-ADJOINT DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES, MEMBRE CORRESPONDANT DE L'INSTITUT HISTORIQUE, DE LA SOCIÉTÉ ROYALE DES SCIENCES, LETTRES ET ARTS D'ANVERS, DES SOCIÉTÉS DE MÉDECINE DE LOUVAIN, DE GAND, DE CAEN, DE LA SOCIÉTÉ POLYTECHNIQUE DE PARIS, DE L'ACADÉMIE DE CHIRURGIE D'AMSTERDAM, ETC.

10me LIVRAISON. — OCTOBRE 1836.

BRUXELLES,
ÉTABLISSEMENT ENCYCLOGRAPHIQUE, FAUBOURG DE FLANDRE.

1836.



BULLETIN MEDICAL BELGE.

N° 10. — OCTOBRE 1836.

MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

—

HÔPITAL MILITAIRE DE NAMUR.

MALADIE DE BRIGHT : *32 ans, constitution molle, exposition prolongée à un froid humide, anasarque, urines albumineuses, vomissemens incoërcibles, convulsions, mort apoplectique. — Hypertrophie et dégénérescence des reins, état gélatineux de la muqueuse stomacale, ramollissement de la substance cérébrale, infiltration de la méningine.*—Observation recueillie par le docteur FALLOT, médecin principal de l'hôpital militaire de Namur, etc., etc.

Landrain, *âgé de 32 ans,* grand, gros, mou, *chargé d'embonpoint, yeux bleu-clairs, cheveux blond-cendrés, peau blanche, vivant d'une manière très-irrégulière,* servant depuis environ onze ans, n'a pas eu d'autres maladies, à sa connaissance, que trois fois la vérole. Pendant les trois mois de l'hiver dernier, son temps d'engagement au service étant expiré, il a fait le métier de scieur de long et *a été exposé à toutes les intempéries de la saison.* Ayant remplacé de nouveau, au mois de mai dernier, il a beaucoup bu et s'est considérablement échauffé et fatigué dans un assaut de bâton. Immédiatement après, il s'aperçoit *du gonflement de la face et des extrémités inférieures ;* le dernier se dissipa au bout de quelques jours de repos, mais *la bouffissure du visage persista,* et trois semaines après, venant rejoindre son corps, il est tout à fait infiltré. A son entrée à l'hôpital, le 8 juillet 1836, la cavité péritonéale et le tissu cellulaire sous-cutané de tout le corps sont pleins d'eau ; respiration gênée, bruyante, expectoration nulle, la poitrine est sonore, mais sur toute la région correspondante aux poumons on entend un râle sous-crépitant ; battemens du cœur étendus, profonds ; région cardiaque rendant un son mat sur une surface de plusieurs pouces carrés ; pouls sans fréquence ; langue plate, tantôt nette, tantôt muqueuse ; soif variable ; urines très-rares, variant de 5 à 7 onces dans les 24 heures, *d'un brun rougeâtre, sales, troubles, se prenant en masse par la chaleur et déposant, par l'affusion de l'acide nitrique, des flocons blancs, dont la quantité équivaut à la moitié au moins de celle totale des urines. Le malade n'a jamais senti de mal aux reins ;* il ne témoigna aucune sensibilité à l'exploration qui en fut faite avec la plus scrupuleuse attention. Les substances hydragogues, telles que digitale, scille, acétate d'ammoniaque liquide, sur-tartrate de potasse soluble, baies de genièvre, éther nitrique alcoolisé, calomelas, jalap, aloës, diagrède, excitent toutes indistinctement des vomissemens sans augmenter les urines. Il en est de même des alimens, quoique choisis parmi les féculens. Le malade ne prend pas un repas dont il ne rende au moins une partie. Le raifort sauvage (cochléaria armoracia, L.) est supporté, mais n'exerce aucune influence sur la quantité ni la qualité des urines : il en est de même des bains, à l'usage desquels le malade répugne, à cause de la fatigue que lui cause toute espèce de mouvement.

Le 18 août, attaque violente d'épilepsie, convulsions affreuses ; le malade mâche impitoyablement sa langue ; à l'accès succède un délire furieux; c'est avec peine que plusieurs infirmiers peuvent le contenir, ses forces semblent décuplées. On combat cet état par douze sangsues aux apophyses mastoïdes, un épithême froid sur la tête, et des vésicatoires aux jambes, mais il ne cesse qu'après l'administration d'une potion laudanisée. Au sortir du sommeil long et tranquille qui a suivi l'agitation, le malade ne se rappelle rien de ce qui s'est passé. Sa langue est violette, prodigieusement gonflée, déborde l'arcade dentaire. On y fait de profondes scarifications.

L'écoulement fort abondant de sérosité qui a lieu incessamment par les plaies des vésicatoires est suivi d'une diminution manifeste de l'œdème des extrémités inférieures, du râle et de la dyspnée (j'oublie de dire que chaque fois que celle-ci était suffocante, j'étais parvenu à la soulager par quelques gouttes d'éther), expectoration séro-sanguinolente, abondante et fétide. Toute l'atmosphère de la chambre dans laquelle on a isolé le malade est imprégnée d'une odeur ammoniacale très-pénétrante, et que ne masquent que fort imparfaitement les aspersions répétées de chlorure alcalin ; pouls régulier, soif modérée, désir prononcé d'alimens et surtout de boissons stimulantes (bouillon de bœuf; vin blanc, 25 centilitres). — Pendant quelques jours l'écoulement des eaux par les surfaces dénudées continue, les urines augmentent un peu, en conservant toutefois le même caractère, et la peau s'humecte légèrement ; mais les vomissemens continuent, quoique aucun médicament ne soit administré et que les alimens soient vivement appétés. Le malade est plein d'espoir, quand, le 31 août, immédiatement après un léger repas, fait avec une cuisse de poulet, il éprouve un violent frisson ; suppression complète des urines et accroissement incroyablement rapide de l'anasarque; respiration suffocante ; vomissement de tout ce qui est ingéré ; gangrène dans la rainure fes-

sière qui s'étend avec rapidité ; sensation intolérable de froid intérieur, quoique la peau soit brûlante ; pouls profond, petit ; battemens du cœur irréguliers. Le lendemain, selles involontaires, ou plutôt écoulement continuel par l'anus d'une matière putrilagineuse, sanglante. Violentes convulsions, coma, respiration stertoreuse, abolition complète des facultés de relation. Mort.

Nécropsie, 15 *heures après la mort.*

Habitude extérieure.—Sphacèle interfessier ; infiltration sous-cutanée générale.

Appareil sensitif interne. — Pendant l'enlèvement du crâne, il s'écoule un peu de sérosité du canal rachidien. La pie-mère et les ventricules cérébraux en contiennent également ; la substance cérébrale est d'une mollesse extrême, surtout le corps strié gauche où le doigt pénètre comme dans du saindoux.

Appareil respiratoire.—Les poumons sont libres dans leurs cavités, qu'ils remplissent ; ils se distinguent par l'abondance de leur matière noire ; à la pression il s'en écoule une prodigieuse quantité de sérum limpide rougeâtre ; dans les grosses bronches on trouve un peu de mucus sanglant.

Appareil circulatoire.—Le cœur, d'un tiers plus gros que dans l'état ordinaire, nage dans une grande quantité de sérum limpide qui distend le péricarde et rejette en dehors le bord tranchant du poumon ; le ventricule gauche est hypertrophié ; les cavités droites considérablement dilatées et amincies. On trouve dans l'oreillette une petite concrétion gélatineuse molle : la substance elle-même du cœur a la couleur de veau lavé ; les valvules sont saines.

Appareil digestif et annexes. — L'estomac est au tiers rempli d'un liquide verdâtre, trouble, grumeleux ; sa membrane interne est d'un gris bleuâtre, elle est d'une consistance gélatineuse et se sépare de la moyenne par le simple racler ; c'est dans le grand cul-de-sac que le ramollissement est le plus avancé ; la muqueuse y présente une couleur d'un vert sombre, piqueté d'innombrables points jaunes extrêmement petits et rapprochés. Le tube intestinal contient, dans tout son trajet, une bouillie verdâtre, putrescente ; sa membrane interne est d'un gris-ardoisé ; elle est épaissie dans plusieurs endroits ; les plaques de Peyer sont fortement dessinées, il y en a de plusieurs pouces de longueur : dans le cinquième inférieur de l'intestin grêle on rencontre du sang libre, et d'autre mêlé aux excrémens contenus dans l'iléon : des portions de membrane muqueuse pointillées et maculées en rouge, marquent les zones où son exhalation a eu lieu ; près de la valvule iléo cœcale la membrane est ulcérée ; dans le gros intestin elle est de nouveau grisâtre et parcourue de nombreuses arborisations rouges. Le foie est sain ; la rate petite, gorgée de sang noir, fluide.

Appareil urinaire. — Les deux reins sont d'un bon tiers plus gros que dans l'état naturel ; le gauche, cependant est un peu plus volumineux que le droit ; leurs scissures sont largement ouvertes. Dégorgés dans l'eau, dégagés de leur membrane propre, qui se détache avec la plus grande facilité, séparés des vaisseaux et des uretères, ils pèsent huit onces chacun. L'un et l'autre ont beaucoup perdu de leur fermeté naturelle. Leur surface externe est d'un blanc-jaunâtre, pointillée, tachetée, vergetée et très-finement veinée en rose-pâle : fendus dans toute leur longueur, on remarque que la substance corticale est d'un blanc-rosé, plus pâle encore à gauche qu'à droite et tranchant sur la couleur rouge de la substance tubuleuse. La coupe est nette et parfaitement lisse ; nulle trace de granulations : l'œil n'y aperçoit et le doigt n'y reconnaît aucune inégalité résultant de la ligne de démarcation des deux substances. La graisse y est abondante. Le bassinet est d'un blanc-nacré, épaissi et opaque. La vessie est de grandeur normale ; sa membrane interne a la teinte du bassinet.

Réflexions. — C'est pour la première fois que la néphrite albumineuse se présente à mon observation ou que je l'observe au moins avec connaissance de cause ; et encore, j'en fais l'aveu, sa découverte a-t-elle été due à une circonstance fortuite, celle que la maladie s'est présentée dans un moment où nous nous livrions à une étude clinique des urines. Sans cela, celle du centre circulatoire étant une fois reconnue, je n'aurais pas cherché ailleurs la cause de l'anasarque et il est douteux qu'après la mort même l'état des reins eût été apprécié à sa juste valeur ; celui du cerveau, du cœur et des poumons étant suffisant pour rendre compte des symptômes observés pendant la vie.

Je m'estime heureux de la coïncidence qui m'a fait découvrir sa véritable nature, non-seulement à cause de l'instruction dont elle a été la source pour moi et pour mes collaborateurs, mais parce qu'elle me donne l'occasion de fournir à la science un nouvel exemple d'une affection jusqu'à présent trop peu connue et étudiée, et dont l'histoire laisse encore de grandes lacunes qu'on ne peut espérer de voir remplir qu'en recueillant de nouvelles observations et les rapprochant de celles qui déjà ont été publiées.

On sait que, quoique la présence accidentelle de l'albumine libre dans les urines eut déjà été reconnue et signalée par quelques médecins du siècle dernier, c'est au commencement de celui-ci seulement que fut démontrée la corrélation qui existe entre certaines hydropisies et l'état albumineux des urines rendues par les malades qui en sont atteints : jusques-là toutefois la cause organique de ces hydropisies était restée ignorée, et ce n'est que dans ces dernières années (1827) qu'une altération particulière des reins fut signalée comme celle de la sécrétion d'urines albumineuses et les rapports entre elle et des collections séreuses, tantôt partielles, tantôt et le plus souvent générales, déterminés avec précision.

Il n'entre pas dans mon plan de tracer l'historique de cette intéressante découverte, je ne pourrais que copier ce qui se trouve ailleurs et que mes lecteurs connaissent aussi bien que moi ; ni de fixer l'état de nos connaissances sur ce point de pathologie. Je renvoie à l'excellent article inséré dans la Gazette médicale de

Paris du mois dernier (juillet 1836), reproduit dans le tome VIII de l'*Encyclographie des Sciences Médicales*: je me borne à présenter quelques considérations concises à l'occasion du fait que je viens de décrire.

J'ai souligné dans l'histoire même, afin de ne pas être forcé d'y revenir, les conditions où se trouvait *Landuin* antérieurement à l'explosion de sa maladie, son âge, son tempérament, son genre de vie, sa profession qui l'avait exposé pendant tout l'hiver au froid humide; et l'on est frappé de la réunion des principales d'entre celles signalées par les auteurs comme causes de la néphrite albumineuse. Nous ne voudrions cependant pas qu'on y attachât plus d'importance que nous ne la croyons mériter. Tout physiologiste conçoit aisément que l'action supplémentaire à laquelle le froid humide aura forcé les reins en diminuant les sécrétions cutanées, y aura entretenu une fluxion, que par son intensité ou sa durée aura troublé leurs fonctions, et au lieu de sels dissous dans du sérum ne leur aura fait séparer du sang que de l'albumine. Mais que d'individus soumis à l'influence de l'humidité froide et remplissant du reste les mêmes conditions de tempérament et d'âge que *Landuin et chez* lesquels la néphrite calculeuse ne se sera pas développée! Ici de nouveau, comme pour presque toutes les autres affections morbides, faut-il admettre une prédisposition organique spéciale et, dans l'espèce, malheureusement insaisissable, sans l'existence de laquelle les causes pathotégéniques n'auraient pas produit le même effet?

En faisant attention à la constance avec laquelle la présence de l'albumine libre dans les urines s'accompagne d'hydropisie, on est naturellement conduit à reconnaître, entre ces deux faits, des rapports de filiation. Quels sont-ils? Je n'hésite pas un seul instant à adopter la première partie de l'hypothèse infiniment plausible que M. le docteur Sabatier a imaginée pour les expliquer (1). Il est généralement connu que, toutes les fois que le sang a perdu de sa densité, comme après de longues maladies, des évacuations soudaines et abondantes de sang, les œdèmes, surtout ceux des extrémités inférieures, sont fort communs. M. Sabatier remarque encore, et avec non moins de raison, que, *dans les maladies où le sang, soit primitivement, soit consécutivement, a subi une altération dans sa composition chimique, altération consistant surtout dans la diminution de la fibrine et de la matière colorante et l'augmentation proportionnelle du sérum, on voit se développer des infiltrations séreuses du tissu cellulaire, en même temps que des ecchymoses ou suffusions sanguines se forment parfois dans l'épaisseur des tissus ou des membranes muqueuses.* Tous les auteurs qui ont écrit sur les fièvres intermittentes ont fait mention de la tendance aux hydropisies qu'elles laissent après elles; je l'ai attribuée à la dissociation des molécules constituantes du sang, à l'altération que subit sa masse par suite du trouble apporté aux fonctions de la rate (1).

Mais je ne le crois pas également fondé à dire *qu'en vertu de cette même modification du sang*, savoir, la diminution de l'albumine dans le sérum, *l'absorption veineuse serait moins active.* En effet, il me semble démontré par les expériences les plus multipliées et les plus concordantes, que l'absorption est d'autant plus prompte et plus complète que les matières à absorber sont plus aqueuses et plus simples; et pourquoi dans l'espèce y aurait-il une exception à la règle générale? On sait avec quelle facilité l'eau est absorbée; on connaît les expériences tentées à l'école d'Alfort sur l'absorption pulmonaire et on se souvient des quantités réellement énormes qu'on pouvait injecter dans les bronches sans crainte de suffocation. On se rappelle le traitement proposé par Cadet de Vaux pour le rhumatisme, consistant dans l'*ingurgitation coup sur coup* d'eau tiède et la rapidité avec laquelle cette eau était absorbée et éliminée du corps par les sueurs et les urines. Je ne connais aucun fait qui viendrait à l'appui de l'idée que le sérum chargé d'albumine soit un excitant plus énergique des vaisseaux absorbans que celui qui en est privé. On voit qu'il y en a, au contraire, beaucoup en faveur de l'opinion opposée. Quand, après de longues maladies ou de grandes pertes sanguines, l'absorption est languissante, c'est dans l'affaiblissement simultané de tous les agens centripètes qu'il faut en chercher l'explication. N'est-il pas plus probable que dans l'hydropisie symptômatique de la néphrite albumineuse, la paresse de l'absorption est due à la pléthore tant lymphatique que sanguine? En effet, comme M. Sabatier l'a démontré victorieusement contre M. Christison et ceux qui adoptent l'opinion de ce médecin, ce n'est pas le sérum du sang ni une certaine quantité même de ce sérum qui passe en nature dans les urines, c'est seulement une partie de l'albumine de ce sérum. Or, dans les hydropisies dont nous traitons, la sécrétion de l'urine est considérablement diminuée ou, pour mieux dire, presque réduite à rien. La masse sanguine reste donc chargée de tout ce dont les reins avaient charge de la débarrasser; il doit en résulter pour les vaisseaux un état de plénitude, et M. Magendie a incontestablement prouvé que cette seule circonstance, sans avoir égard au contenu des vaisseaux, est le plus puissant obstacle à l'absorption.

Quoi qu'il en soit, au reste, de cette explication, qu'on la rejette ou qu'on l'adopte, il n'en est pas moins vrai qu'un des moyens qui *échoue le moins* dans le traitement de cette hydropisie, c'est la saignée générale et on en retirerait, j'en suis convaincu, bien plus d'avantage si, dans le début de la maladie et avant que l'altération des reins est trop avancée, on la mettait en usage avec

(1) (Voyez son intéressant mémoire dans les Archives générales de médecine) juillet 1834), savoir : qu'*appauvri d'albumine le sérum du sang devient plus fluide, plus ténu et peut par cela même pénétrer plus facilement les capillaires artériels.*

(1) *Recherches sur les causes des tumeurs spléniques, consécutives aux fièvres intermittentes.* Bulletin médical belge, 1835.



plus de hardiesse. Si elle n'a pas eu de succès dans le cas à l'occasion duquel ces réflexions sont faites, c'est qu'il y existait telle complication qui devait rendre toute médication infructueuse. Je mets en première ligne le ramollissement gélatineux de l'estomac, que le genre de vie du malade, non moins que la persistance des vomissemens pendant toute la durée de son séjour parmi nous, et avant l'emploi même d'aucun moyen hydragogue, me fait considérer comme fort ancien et de beaucoup antérieur à son arrivée à Namur.

Il me reste une seule remarque à faire. Avant son entrée à l'hôpital, il n'avait jamais eu la moindre atteinte d'épilepsie. Je sais bien que l'état de maladie dans lequel l'autopsie nous a montré qu'était le cerveau, peut servir à rendre compte de celle qu'il a éprouvée; cependant nous rencontrons souvent des altérations pareilles chez des individus qui n'en ont jamais été attaqués. Est-ce encore à une prédisposition particulière qu'il faut recourir pour avoir l'explication du fait, ou est-il permis de la demander à la circonstance suivante? La veille du jour, où l'épilepsie se déclara chez *Landrain*, un malade, couché dans la même salle en face de lui, en éprouva une atteinte épouvantable: les paroxysmes se succédèrent de quart-d'heure en quart-d'heure et, se confondant presque par leur durée, se répétèrent pendant la moitié de la journée et ne cédèrent qu'à une médication déplétive et révulsive extrêmement active. Faut-il attribuer ici quelque chose à la force de l'imitation, et la forme sous laquelle la lésion cérébrale s'est traduite au-dehors chez Landrain, a-t-elle été déterminée par elle?

Croup chez un adulte. — Convalescence d'une fièvre grave; angine membraneuse qui envahit le larynx et les bronches. — Insuffisance du sur-sulfate d'alumine d'abord, ensuite d'un traitement antiphlogistique actif. — Mort. — Fausses membranes jusques dans les ramuscules bronchiques. — Observation recueillie à la clinique de M. le docteur Fallot à l'hôpital militaire de Namur, et suivie de quelques réflexions; par M. Tosquinet, D.-M., médecin-adjoint au même hôpital.

Mageste, 22 ans, chasseur à cheval, bien constitué, noir, de taille moyenne, habituellement bien portant, était convalescent d'une bronchite opiniâtre, traitée par les émissions sanguines, les émolliens, les bains et admis à manger les trois-quarts, lorsqu'après s'être imprudemment exposé à un vent coulis, il fut atteint de mal de gorge.

Il ne s'en plaignit cependant pas incontinent et ce ne fut qu'au bout de quelques jours, quand la maladie avait fait des progrès, qu'il demanda des secours. — Sa face est bonne; sa peau fraîche et souple; son pouls égal, sans fréquence; son appétit énergique. — Nous remarquons que le fond de la gorge est d'un rouge obscur et que les deux échancrures du voile du palais sont recouvertes d'une couenne grisâtre et épaisse. La déglutition est peu gênée.

On enduit tout le fond de la bouche de sur-sulfate d'alumine en poudre, mais, quoique cette opération eût été renouvelée fréquemment et continuée pendant deux jours, elle fut loin de conjurer le mal: la douleur et la dysphagie allèrent en augmentant. Le pouls aussi s'agita et la peau prit de la chaleur; c'est ce qui décida M. *Fallot* à lui faire faire une saignée du bras qui produisit un sang couenneux et à faire appliquer à la gorge, à deux reprises, 24 sangsues. Le malade se gargarisait avec de l'eau d'orge et prenait pour tout aliment de la bouillie de farine. Il se trouva incontinent soulagé, mais ce mieux ne fut pas de longue durée et le surlendemain, qui était le 16 août 1836, nous reconnûmes dans la matière de l'expectoration des pseudo-membranes copieuses, molles jusques-là, tomenteuses et grisâtres. On appliqua de rechef des sangsues et on plaça des sinapismes. Dans la journée, il survint de l'enrouement et les matières expectorées devinrent de plus en plus consistantes, membraniformes. Jusques-là cependant il y a peu de dyspnée, mais vers le soir elle augmente et la figure s'altère profondément. A droite, la respiration s'entend d'une manière très-irrégulière; tantôt elle est presque nulle, tantôt claire: il semble qu'il existe un obstacle à la libre entrée de l'air de ce côté. Beaucoup de sang se trouve mêlé aux crachats et dans les fortes expirations le malade en amène de pur dans la bouche; toutefois il ne se doute en aucune manière du danger où il se trouve, aussi se débat-il vivement contre l'ordonnance d'une nouvelle saignée à faire au bras. Elle est faite cependant, et donne un sang qui se sépare bientôt en sérosité jaunâtre, peu abondante et en un caillot en grande partie composé de couenne. Par l'analyse mécanique de douze onces de ce sang nous obtenons trois parties de sérum, six de cruor et trois de couenne inflammatoire. Le soulagement qui s'ensuit est tellement prompt que la dyspnée disparaît et que la nuit du 17 au 18 est fort satisfaisante. Vers trois heures du matin il survient soudain une suffocation et, nonobstant une médication révulsive prompte et énergique, le malade expire quelques minutes après.

Nécropsie. — La muqueuse buccale est en général très-pâle; le voile du palais est mamelonné, la partie moyenne pointillée en rouge, les piliers d'un gris bleuâtre. La muqueuse qui recouvre la luette est épaissie, un petit ulcère à fond grisâtre, exhalant une odeur de gangrène très-pénétrante, occupe une partie de sa face latérale gauche et postérieure. La muqueuse du pharynx a sa couleur naturelle; la laryngienne est rugueuse, marquée de points rouges; les deux ventricules contiennent un pus ténu, grisâtre. La muqueuse trachéale est d'un rouge très-vif, rugueuse, tapissée dans toute son étendue d'une fausse membrane molle. Entre elle et la muqueuse existe par-ci par-là du sang exhalé. La muqueuse bronchique, aussi loin que nous pouvons la suivre, est enflammée, mais nous n'y remarquons pas de rugosités; la fausse membrane gagne profondément dans les conduits aériens jusqu'à leurs 3me et 4me divi-

…; la bronche du lobe supérieur droit en est complètement obstruée; tout l'arbre bronchique est rempli de mucosités écumeuses sanglantes.

Le poumon droit est libre dans sa cavité et gorgé de sang; le gauche adhère fortement par toute sa surface postérieure à l'aide d'une fausse membrane, ancienne, fort résistante, organisée : il est moins congesté de sang que le droit, mais les bronches contiennent autant de mucus sanglant.

Le ventricule gauche du cœur est concentriquement hypertrophié, les valvules sont saines, la couleur de la membrane interne est naturelle, sa cavité vide. Le ventricule droit est rempli en entier par une concrétion polypiforme qui s'enlace autour des colonnes tendineuses et des valvules, remplit en partie l'oreillette du même côté et ne s'énucle que difficilement; la paroi interventriculaire a plus d'un pouce d'épaisseur.

Rien de remarquable dans les autres viscères.

Cette observation nous offre un exemple de croup chez un adulte. Je n'insisterai pas ici sur l'inefficacité du sur-sulfate d'alumine et de potasse et plus tard des émissions sanguines générales et locales contre l'inflammation couenneuse de l'arrière-bouche qui a fini par franchir la glotte, ce qui ne signifie pas que ces médications ne puissent être souvent très-utiles dans ce cas, mais je ferai remarquer qu'ici encore, comme dans tous les cas de croup rassemblés dans le mémoire de M. Louis (Archives générales de Médecine, cahiers de février et mars 1824), la maladie a commencé par le pharynx et s'est étendue de là au larynx et aux bronches. Il est digne d'être noté que, chez les enfans, cette maladie suit presque constamment une marche inverse : elle s'attaque tout d'abord au larynx et aux bronches et, dans les cas rares où elle gagne l'arrière-bouche et les fosses nasales, ce n'est que postérieurement.

On peut voir encore par cette nécropsie jusqu'à quelle profondeur les concrétions albumineuses se forment, combien inutile aurait été la trachéotomie et s'il était *possible* de détruire ces fausses membranes jusques dans les ramuscules des bronches en *ramonant* leur intérieur, ainsi que l'a proposé M. Trousseau, méthode ou moyen qui, du reste, me semble avoir été apprécié à sa juste valeur par M. Marx dans son mémoire sur les heureux résultats de la trachéotomie et ses insuccès, inséré dans le *Journal des Connaissances médicales,* décembre 1835.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOPITAL SAINT-PIERRE, A BRUXELLES.

(Service de M. le docteur VAN MONS, Médecin en chef.)

Observation de myélite aiguë, recueillie par M. VANSWYGENHOVEN, élève interne.

La nommée Susanne Vanderpooten, âgée de 52 ans, d'une constitution jadis forte et sanguine, délabrée aujourd'hui par les veilles, les fatigues et par toutes les affections auxquelles est assujétie une mère d'une famille pauvre et nombreuse, s'exposa, il y a six semaines, étant dans un état de transpiration abondante, à une pluie froide et battante. Cette femme, déjà d'un certain âge, ne pouvait sans doute demeurer longtemps, sans ressentir les effets d'une conduite aussi anti-hygiénique. Aussi, dès le lendemain, ressentit-elle un frisson violent, suivi de chaleur et d'une transpiration abondante; à ces phénomènes ne tardèrent pas à succéder des fourmillemens et des picotemens dans les membres inférieurs, accompagnés de contractions spasmodiques et d'élancemens vifs, semblables à ceux que fait éprouver la décharge d'une batterie électrique. La malade éprouvait dans les mêmes parties un grand engourdissement et une impossibilité presque complète de les mouvoir. Elle ressentait aussi une douleur, avec chaleur fort vive dans presque toute l'étendue de la colonne vertébrale.

A tous ces phénomènes vinrent se joindre plus tard de la gêne dans l'acte de la respiration, ainsi que des fourmillemens et des picotemens dans les membres supérieurs. Ces derniers symptômes nous donnent une idée précise de l'ascension de la maladie dans le canal rachidien.

Elle consulta un médecin qui considéra son affection comme rhumatismale, lui fit faire une saignée et lui administra un purgatif sans aucun succès. Un second médecin auquel elle eut recours, lui pratiqua deux saignées, lui prescrivit une potion éthérée, de bains de pieds sinapisés, un emplâtre camphré aux lombes, et trois sangsues à chaque pied sans soulagement.

La malade voyant que ces différens moyens mis en usage depuis six semaines n'amenaient aucune amélioration à son état, se décida à entrer à l'hôpital le 4 janvier 1836.

Tous les symptômes rapportés précédemment existaient au même degré; le pouls était petit, accéléré, parfois irrégulier, la respiration devenait de plus en plus gênée; en un mot la maladie marchait avec une rapidité qu'il devenait urgent d'arrêter ou au moins de ralentir.

La moindre pression sur les apophyses épineuses des vertèbres occasionnait des douleurs insupportables, avec sensation d'une chaleur très-âcre et augmentation de tous les phénomènes de la maladie.

Cet ensemble de symptômes ne nous laissa aucun doute sur l'existence d'une myélite. Quinze ventouses furent appliquées à côté et le long de la colonne vertébrale. Un lavement avec de l'huile de ricin fut également administré à la malade, qui n'avait point eu de selles depuis plusieurs jours.

Le lendemain, Susanne Vanderpooten avait bien passé la nuit, la presque totalité des symptômes éprouvés la veille avaient disparu; deux jours après elle était entièrement guérie.

La pression exercée par les doigts sur la colonne vertébrale dans les cas de myélite, ne détermine pas seulement de la douleur dans la partie de la moelle qui est le siége de la maladie, mais elle exaspère aussi momentanément tous les symptômes de cette affection, tels que crampes, fourmillemens, picotemens, élancemens, etc.

Myélite aiguë. (Observation recueillie par M. SIMONART, élève externe.)

Jean Joseph Lebrun, âgé de 25 ans, ouvrier en bronze, d'un tempérament sanguin, fut admis à l'hôpital, le 28 juillet 1836. Vingt jours auparavant, une heureuse nouvelle lui causa une joie excessive, bientôt suivie d'un violent frisson. Le malade ne tarda à ressentir de fortes douleurs dans le dos, des tiraillemens, des fourmillemens et des crampes dans les membres, qui étaient en même temps le siége d'un engourdissement très-prononcé et de quelques mouvemens convulsifs.

La faculté de marcher était entièrement abolie. Ces phénomènes se dissipèrent au bout de trois quarts d'heure, non sans laisser le malade dans un profond accablement; mais ils se répétèrent à deux différentes reprises dans la quinzaine suivante.

Un nouvel accès se manifesta le 24 juillet avec beaucoup plus d'intensité, et accompagné des symptômes d'une gastro-entérite légère. Cet accès ne se dissipa plus. La maladie, d'intermittente était devenue quotidienne. Le jour de son entrée, on lui fit une saignée, on lui fit prendre un bain et on le mit à la diète.

Le lendemain à la visite, légère amélioration dans les symptômes gastriques et myéliques. On comprime la colonne vertébrale, qui manifeste de la douleur de la huitième vertèbre dorsale à la troisième lombaire. Dix ventouses scarifiées sont appliquées sur le trajet douloureux, que l'on recouvre aussi de cataplasmes émolliens laudanisés. On prescrit une potion légèrement antispasmodique.

Le 30, plus de douleur à la pression. La presque totalité des symptômes a disparu. On prescrit un bain, une potion antispasmodique, et l'on accorde un peu de nourriture au malade, qui sort parfaitement rétabli trois jours après.

Gastro entéro-myélite avec commencement de paralysie des jambes; par M. POURCELET, élève de l'Université.

François Chalbeau, bottier, âgé de 16 ans, d'un tempérament éminemment lymphatique et paraissant se livrer à la masturbation, ressentit, il y a six semaines, des douleurs vagues dans les genoux, suivies de vomissemens, de maux de tête, de soif, d'inappétence, de fourmillemens et de picotemens dans les extrémités inférieures; ces symptômes allèrent toujours en augmentant d'intensité.

Depuis quatre jours les membres abdominaux sont flasques et sans nulle rigidité, tremblant quand il les bouge; ils ne peuvent plus supporter le poids du corps; sa marche est impossible; des douleurs vives et pulsatives occupent la région poplitée; des crampes se font sentir dans les orteils et les doigts; les lombes sont le siége d'une douleur continue et assez forte; une diarrhée légère avec colique et borborygmes existe conjointement.

Le 27 février, outre les symptômes qui viennent d'être énumérés, on observe: fétidité de l'haleine, sécheresse, goût fade et mauvais de la bouche; enduit blanchâtre et épais de la langue; accélération peu intense du pouls; urines déposant des flocons albumineux; sensibilité du ventre.

L'exploration de la colonne vertébrale fait reconnaître un endroit douloureux, sensible à la pression dans l'étendue de quatre travers de doigt, à la partie de la région lombaire qui correspond au renflement de ce nom. Il paraîtrait cependant que la partie supérieure de la moelle est également atteinte, puisque le malade ressent des crampes dans les extrémités thoraciques.

Cet examen permet de diagnostiquer une myélite avec commencement de paralysie du mouvement des extrémités abdominales et légère inflammation du tube intestinal.

Entré le 26 à l'hôpital, on lui mit douze sangsues à l'abdomen.

Le lendemain, après les observations précédentes, on prescrivit six ventouses scarifiées sur le point douloureux, des boissons delayantes et rafraîchissantes, des lavemens émolliens; des fomentations du même genre et la diète absolue.

Le 28, une amélioration sensible avait eu lieu; mais les symptômes persistant toujours, on appliqua huit sangsues à l'anus pour agir sur la moelle et les voies digestives en même temps; on continua les boissons, les fomentations et la diète.

Le 29, tout a disparu, la marche est facile. Régime lacté.

Le 1er mars, convalescence complète; on revient peu à peu aux alimens ordinaires.

Observation de fièvre intermittente quotidienne qui a cédé à l'application de ventouses scarifiées et de cataplasmes laudanisés sur le renflement dorsal de la moelle épinière; recueillie par M. SIMONARD, élève externe.

Le nommé François Delvigne, de Louvain, âgé de 17 ans, d'un tempérament lymphatique, entra à l'hôpital le 30 juillet 1836. Depuis neuf jours il était atteint tous les jours à dix heures du matin de fièvre intermittente simple dont la période de froid durait de une heure à une heure et demie; les périodes de chaleur et de transpiration duraient le reste du jour. Cet individu avait été, deux mois auparavant, atteint encore de fièvre intermittente quotidienne simple qui avait cédé au sulfate de quinine.

Le 31 juillet, le sulfate de quinine lui fut administré à la dose de seize grains divisés en trois paquets, dont la dernière partie fut ingérée deux heures avant le retour habituel de la fièvre. Ce jour la période de froid commença à neuf heures avec une grande intensité. La colonne vertébrale comprimée, dans la période de chaleur, se montra sensible à la pression, de la seconde à la cinquième vertèbre dorsale. Le sulfate de quinine s'étant montré inefficace, six ventouses scarifiées furent immédiatement appliquées sur les côtés du trajet douloureux;

Un cataplasme laudanisé recouvrit ensuite la même région. Un régime lacté fut ordonné.

La période de transpiration dura encore jusque dans la soirée.

Le lendemain aucune apparence de fièvre ne se manifesta non plus que les jours suivans, et le 3 août le malade sortit parfaitement guéri.

La douleur produite par la pression sur les apophyses épineuses des vertèbres est quelquefois peu marquée; elle l'est d'autant plus que les accès sont plus intenses et plus rapprochés; il en est de même de son étendue. Il ne faut donc pas toujours s'en rapporter à ce que dit le malade, lorsqu'il assure que la pression exercée sur la partie supérieure dorsale de la moelle épinière ne lui cause point de mal, mais il faut lui demander s'il n'existe pas de différence entre la sensation produite par la pression exercée de nouveau sur ce point, comparée à celle déterminée sur tout autre point de la colonne vertébrale. On recevra toujours pour réponse que la pression à la région supérieure dorsale est beaucoup plus sensible.

Cette douleur est si étroitement liée à l'existence de la fièvre, que nous nous avons pu annoncer quelquefois que l'accès prochain manquerait quand, dans l'intervalle d'un accès à l'autre nous avions constaté la disparition complète de la douleur.

Observation de fièvre intermittente, accompagnée d'irritation de la moelle épinière; recueillie par M. Simonart, élève externe.

Paul Louis Debacker, de Bruxelles, âgé de 55 ans, d'un tempérament sanguin, fut admis à la clinique le 1er août 1836, (salle 3, l. 17). Depuis huit mois il avait été atteint plusieurs fois de fièvre intermittente simple qui avait toujours résisté au sulfate de quinine. Depuis quinze jours il souffrait de fièvre intermittente tierce, accompagnée d'une gastro-entérite légère et de plusieurs symptômes d'irritation de la moelle épinière: douleur dans le ventre et revenant dans le moment avec grande intensité, produisant une constriction très-forte de l'abdomen avec sensation de tiraillemens, d'arrachemens forçant le malade à se tenir courbé en avant, douleurs qui sont soulagées par la pression et qu'accompagne l'expulsion d'une assez grande quantité de vents. Du ventre, ces douleurs s'irradient dans les membres inférieurs en suivant le trajet du nerf sciatique; elles produisent des tiraillemens, des sensations, des arrachemens et des crampes dans les jambes.

La pression des apophyses épineuses détermine une douleur vive dans le trajet de la dixième vertèbre dorsale à la troisième lombaire. La fièvre s'est déclarée ce jour là à deux heures.

Prescription: Bains, cataplasmes laudanisés sur le ventre.

A la visite du lendemain, mêmes symptômes. Huit ventouses scarifiées sur les côtés du trajet douloureux de la colonne vertébrale, suivies de l'application d'un cataplasme laudanisé. Du reste, traitement propre à l'irritation des organes digestifs.

Dans la journée, grande amélioration dans tous les phénomènes.

Le 3, les symptômes ont disparu, aucun symptôme de fièvre ne se manifeste. Le malade est en pleine convalescence.

Observations de fièvres intermittentes guéries par la phloridzine; recueillies par M. Mathyssen, élève interne.

Obs. I. — La nommée Sneyers, Catherine, âgée de 45 ans, entra à l'hôpital le 13 mai 1836. Elle était atteinte depuis quatre semaines de fièvre intermittente quotidienne. Le lendemain de son entrée on lui administra 16 grains de phloridzine en 4 paquets, qui firent disparaître la fièvre. Pour prévenir son retour on donna encore pendant trois jours la phloridzine en diminuant graduellement la dose.

Obs. II. — Duray Catherine, âgée de 36 ans, avait depuis neuf mois une fièvre intermittente tierce, qui l'avait quittée deux ou trois fois pendant quelques jours seulement.

Lorsqu'elle entra à l'hôpital, le 12 mai, la fièvre ne l'avait plus abandonnée depuis plusieurs semaines. La malade souffrait aussi d'une irritation gastrique, ce qui détermina M. Van Mons à lui administrer la phloridzine en lavemens. Il en prescrivit 24 grains pour trois lavemens. L'accès revint encore, mais il était un peu moins fort.

Deux jours après on administra la même dose de la même manière, la fièvre n'eut pas lieu et ne revint plus.

Obs. III.—Balancourt, Marie, âgée de 11 ans, entra à l'hôpital le 25 mai. Elle était atteinte de fièvre intermittente tierce, depuis quatre semaines. Le lendemain de son arrivée, on lui administra 12 grains de phloridzine, mais l'accès revint.

Le 28, même dose, l'accès revint encore.

Le 30, on lui donna 16 grains, qui firent cesser la fièvre. On continua encore à donner le médicament pendant deux ou trois jours, mais à des doses moins élevées.

Obs. IV.—Delanghe, Pierre, âgé de 27 ans, atteint depuis cinq semaines de fièvre intermittente quotidienne, entra le 20 mai à l'hôpital. On prescrivit la phloridzine à la dose de 15 grains; il ne survint pas d'accès ce jour là. Le lendemain on ne donna que 12 grains, mais la fièvre revint; on porta ensuite la dose à 18 grains, ce qui la fit cesser complétement.

Obs. V. — Boduin, Jeanne, âgée de 72 ans, atteinte depuis huit jours de fièvre intermittente tierce, entra à l'hôpital le 23 mai. La phloridzine à la dose de 15 grains fit cesser la fièvre sur le champ.

Cas remarquable de choléra-morbus sporadique. (Observation recueillie par le docteur Sovet, de Beauraing).

Le 17 février 1836, je fus consulté pour Jean Remi, de Mahoux, jeune homme âgé de 23 ans, qui éprouvait

depuis quatre jours un abattement général, des douleurs vagues, de la céphalalgie, etc., et depuis la veille de nombreux vomissemens, une soif très-prononcée et rendait les urines très-colorées en rouge. Ne pouvant me rendre sur les lieux, je crus avoir à faire à une gastroentérite commençante et je prescrivis : 15 sangsues à l'épigastre, boissons rafraîchissantes froides, lavemens et cataplasmes émolliens.

Le lendemain 18, je fus voir le malade; ses parens étaient dans la désolation, les symptômes avaient pris un caractère de plus en plus alarmant : faciès profondément altéré, yeux enfoncés, nez grippé, teint plombé, lèvres bleuâtres, sclérotiques jaunes et bleues par zones, langue pointue, très-pâle, présentant des papilles nerveuses très-développées, haleine glacée, voix cassée et presque éteinte. Vomissemens de matière blanche se renouvelant à chaque instant, selles de même nature, point de sensibilité abdominale, soif vive, appétence des boissons glacées, constrictions spasmodiques et douloureuses des mains et des avant-bras, facultés intellectuelles parfaitement intactes, pouls à peine perceptible, refroidissement de la peau, surtout aux extrémités, *urines abondantes d'un brun foncé, opaques et paraissant tenir en dissolution une substance étrangère.*

Ce dernier symptôme avait surtout frappé les parens et leur inspirait le plus de craintes. Moi-même, au premier coup d'œil, je m'en rendais compte très-difficilement; pourtant l'ensemble général des autres signes morbides était si frappant pour quiconque avait déjà vu des cholériques, que je n'hésitai pas à reconnaître un cas de choléra à sa période algide. En conséquence, je prescrivis un bain chaud, sinapismes volans sur le tronc et les bras, boissons glacées très-souvent répétées ; le malade faillit mourir dans le bain, je l'en retirai au bout de quelques minutes; je fis placer dans son lit des briques chaudes enveloppées de serviettes imbibées de vinaigre, et je fis préparer, en cas de besoin, une potion camphrée et laudanisée et un long vésicatoire destiné à couvrir la colonne vertébrale.

19. Ces derniers moyens n'ont pas été nécessaires, les boissons glacées avaient suffi pour arrêter les déjections blanches; mais la couleur pâle violacée des lèvres, la teinte jaune et bleue de la face, l'haleine glacée, l'extrême petitesse du pouls, le refroidissement général des urines brunâtres, foncées persistaient, une légère douleur se faisait sentir à l'hypogastre. — Glace à l'intérieur, sinapismes volans, frictions sur l'hypogastre avec un liniment opiacé et camphré, réfrigérans au périnée.

20. Amendement notable, le pouls se fait un peu mieux sentir, la face est d'un pâle plus naturel, *les lèvres sont moins violacées, les urines ne sont plus que rousses et moins abondantes.* — Même prescription.

21. Des sueurs ont eu lieu la nuit; une douce réaction s'opère, *le faciès est presque normal, les lèvres pâles, les urines ne sont plus que légèrement colorées.*

22. L'amélioration s'est soutenue, *les lèvres sont vermeilles,* le pouls médiocre, *les urines citrines,* la langue a un peu rougi à sa pointe, la soif a reparu. — Cataplasmes et lavemens émolliens, boissons froides.

24. La convalescence s'établit; le 6 mars la guérison est parfaite.

Ce cas m'a paru remarquable sous plusieurs rapports : d'abord il apparaît tout à fait isolé, dans un pays où le fléau asiatique n'a point étendu ses ravages, au moment où il paraissait avoir totalement disparu du continent. Certes, ce n'est pas une chose très-rare qu'un cas de choléra sporadique, mais je n'en ai jamais observé présentant un groupe de symptômes aussi semblables à ceux du choléra épidémique; pour moi, ce cas, quant à sa nature, me paraît être au choléra asiatique ce qu'un cas de scarlatine sporadique est à la scarlatine épidémique ; et si l'on se demande ce qui peut avoir déterminé le développement des symptômes que nous venons de relater, il faut avouer que l'on ne peut pas ici se payer de mots vagues, ni invoquer les miasmes ou la contagion; les conditions locales rendent la supposition de celle-ci impossible, et on ne concevrait pas des miasmes qui, au milieu d'un village, d'une famille, vont empoisonner un seul individu et épargnant tous les autres, qui respirent le même air atmosphérique, qui couchent au chevet de son lit et absorbent à chaque instant les gaz qu'il expire ce qui se dégagent de ses déjections! On serait plutôt porté à admettre pour le choléra, comme on l'admet pour les autres maladies, que des causes très-diverses peuvent donner lieu au développement du grouppe de symptômes. Ici les parens attribuaient la maladie à un chagrin éprouvé par le malade.

Le traitement a été simple, les sangsues n'ont arrêté ni les vomissemens ni les selles, elles n'ont pas modéré la soif, peut-être ont-elles précipité la période algide. Le bain a failli être mortel; ni la potion excitante ni le vésicatoire n'ont été employés; l'eau froide me paraît avoir fait tous les frais du traitement, et si je me trouvais à l'occasion, je serais fort tenté d'imiter le docteur Marcq de Charleroy qui, n'ayant donné que de l'eau à ses cholériques, a obtenu des résultats au moins aussi avantageux que ceux qui ont prodigué les remèdes les plus héroïques et les plus bizarres.

Mais le phénomène le plus remarquable est sans doute l'existence de la coloration des urines, je ne l'avais jamais observé ni lu nulle part; il pouvait même embarrasser mon diagnostic, mais voici comme je m'en rendais compte : dans les cas ordinaires on voit s'échapper par les vomissemens et les selles des matières blanches et albumineuses, tandis que leur matière colorante et un sang veineux abondant et très-chargé de carbone engorgent les viscères et donnent à la peau une teinte bleue, les urines sont supprimées. Dans le cas particulier que nous citons, nous avons aussi cette déperdition de fluides blancs, mais la cyanose n'est pas bien marquée, elle se borne à une légère teinte bleuâtre de la face et surtout des lèvres, la peau est froide mais pâle, mais nous observons des urines très-abondantes qui sont chargées d'une matière colorante très-foncée. Il semble qu'ici les reins et peut-être la muqueuse des uretères et de la vessie soient le siége de la congestion qui

ordinairement a lieu à la peau et que la matière colorante séparée des liquides blancs évacués, s'échappe par les urines; il est impossible de ne pas être frappé de la corrélation qui a toujours eu lieu entre les changemens survenus dans la teinte des lèvres et ceux observés dans la couleur des urines, elle est un motif de plus pour faire attribuer ces deux phénomènes à la même opération morbide.

Quoi qu'il en soit de l'explication, j'ai pensé que ce fait était digne d'être publié comme fait exceptionnel et pouvant peut-être jeter quelque jour sur la nature du choléra.

Observations sur la fièvre intermittente qui règne endémiquement dans la commune de Laeken, et particulièrement de la douleur dorsale qui caractérise cette maladie; par le docteur Steyls.

Ce travail est le résultat de trois années d'observations dans la commune de Laeken, où j'exerce la médecine, et où la fièvre intermittente règne depuis cette époque d'une manière endémique. Pendant cet espace de temps j'ai observé plus de trois cents cas et recueilli un grand nombre d'histoires de cette maladie; mon intention n'était pas de publier de sitôt les remarques pratiques qu'ils m'ont mis à même de faire, si je n'y avais été engagé par la lecture d'un article inséré dans le n° de juin du *Bulletin médical Belge*, où il est question d'une prétendue découverte attribuée à M. le docteur Kremers d'Aix-la-Chapelle, dans la fièvre intermittente et le typhus. Il y est dit que ce médecin a constaté dans ces maladies *l'existence d'une douleur fixe et circonscrite à la région dorsale de la colonne épinière, à l'endroit correspondant à la 1re, 2e ou 3e vertèbres dorsales,* douleur qui est moins circonscrite dans le typhus que dans la fièvre intermittente.

Ce phénomène, signalé comme nouveau, je l'ai constaté depuis longtemps, et dans la fièvre intermittente et dans le typhus, maladies entre lesquelles j'ai remarqué une très-grande analogie de symptômes, surtout à la période d'incubation de la fièvre intermittente et pendant son cours, quand il y a fusion d'accès. Des faits nombreux que j'ai observés et dont je ne relaterai que quelques-uns, je crois pouvoir déduire quelques corollaires pratiques, que je poserai après avoir rapporté les observations sur lesquelles elles sont, en partie, appuyées.

Ire Obs. — Au mois de mai 1834, J..... H....., épouse de L..... S....., âgée de 25 ans, d'une constitution lymphatique, malade depuis dix jours, présente le douzième jour de sa maladie (le 23), les symptômes suivans : décubitus sur le dos, chaleur de la peau élevée et mordicante, respiration gênée, pouls accéléré, délire fugace, assoupissement profond, surdité, soubresauts, urines involontaires, ventre fortement tendu, sonore et rénitent; la malade montre incomplétement la langue, qui est rouge et sèche; les lèvres et les dents sont couvertes de fuliginosités. Je diagnostique un typhus, et je prescris en conséquence :

Aq. font.	℥v
Aq. dist. comm.	℥j
Sulf. quinin.	gr. xij
Acid. sulf. dil.	gtt. iij
Syr. cort. aurant.	℥j

A prendre par cuillerées.

Tisane pectorale, sinapismes aux pieds.

24. A peu près même état, délire moindre que la nuit précédente, l'assoupissement paraît tenir un peu du sommeil, trois selles liquides et involontaires.

Continuation des mêmes moyens; en outre un peu de bouillon de veau froid.

25. Point de délire, décubitus sur le côté, météorisme moindre, surdité au même degré, urines involontaires, langue moins sèche, point de soubresauts, peau sèche mais moins mordicante; pouls moins serré, pieds œdématiés.

Même prescription.

26. Amélioration dans le reste des symptômes observés la veille; grande faiblesse, face bouffie, la peau disposée à s'infiltrer, œdème des jambes, surdité moindre, ce qui paraît dépendre de ce que la malade a plus de conscience intellectuelle; car elle a demandé pour uriner; je fais suspendre la quinine.

(*Bouillon de veau, vin blanc*).

27. Mieux général; trois selles liquides, mais volontaires, douleur du bas-ventre, qui est encore météorisé, moins d'œdème, douleur dans le dos.

Mucil. gg. arab.	℥v
Laud. liq. Sydenh.	gtt. xv

Décoction de riz épaisse et édulcorée.

28. Continuation du mieux; les lèvres et les dents se nettoyent, la malade parle, mais elle est vîte fatiguée; la douleur à la tête et au dos s'accroît; langue disposée à devenir humide; bourdonnement d'oreille.

(*Bouillon de veau, vin blanc*).

29. Douleur de tête peu prononcée; point de bourdonnement d'oreille; langue médiocrement humide; deux selles liquides depuis hier; encore un peu de météorisme et légère infiltration des extrémités inférieures. L'appétit se fait sentir.

(*Vin blanc, riz au lait; faible dose de quinine*).

30. Une selle, même désir pour les alimens. Convalescence.

La malade m'a déclaré que depuis l'invasion de la maladie elle a senti des douleurs vagues dans la tête, le ventre et le dos; qu'elle avait éprouvé pendant quelques jours de l'inappétence, des insomnies; que le premier jour qu'elle a été obligée de garder le lit, elle fut prise d'un frisson très-long et très-pénible; qu'enfin, depuis lors plongée dans le délire, elle ne se rappelle plus de ce qui s'est passé pendant tout le cours de sa maladie.

IIe Obs. — L.... C...., fils, fermier, âgé de 28 ans, d'une constitution médiocrement forte, éprouvait depuis quelques jours du malaise, une lassitude dans les membres et de l'inappétence, des douleurs vagues dans la tête et le dos accompagnées de légers frissons; il passait les nuits agitées par l'insomnie, et les rêves; le 2 décembre 1834, il fut pris d'un frisson long et pénible, suivi de chaleur. Appelé le même jour vers midi, je pus constater les symptômes suivans : prostration des forces, face rouge, peau sèche et brûlante, pouls large, respiration courte et fréquente; langue rouge au pourtour et chargée au milieu; vomissemens et constipation; céphalalgie intense; douleurs atroces au dos, à l'endroit correspondant aux trois premières vertèbres dorsales et dernières lombaires en comptant de bas en haut, douleur qui augmente par la pression. Cette région paraît légèrement gonflée. Gonflement de la rate, qui est douloureuse; poitrine sonore, soif continuelle. Je prescris une saignée de 20 onces, sangsues à l'hypochondre gauche et ensuite au dos; cataplasme émollient; sinapismes aux pieds; mucilage de gomme arabique; tisane pectorale; diète absolue; le soir, outre l'exaspération de la douleur dorsale, il y a sueur abondante accompagnée d'un léger délire et d'assoupissement profond. (*Petite saignée, sangsues à l'hypochondre et à la tête; cataplasme à la nuque*).

La sueur a continué jusques fort tard dans la nuit.

3. Dans la nuit, après la sueur, assoupissement, interrompu par des rêves, la peur et la soif.

Le matin, mouvement fébrile intense; même assoupissement accompagné de rêvasseries, même intensité de douleur dans le dos.

Sangsues à l'hypochondre et à la tête large vésicatoire sur le dos *loco dolenti;* j'accorde un peu de bouillon froid, mais le malade n'en prend que très-peu. Il y eut dans le courant de la journée trois stades de sueur, lesquels étaient très-prolongés, et se rapprochaient tellement des stades de froid, caractérisés seulement par le froid aux pieds, qu'ils laissaient à peine une apyrexie incomplète de vingt minutes.

Le soir, considérablement affaibli, le malade est couvert d'une sueur abondante; il n'y a aucune amélioration dans les symptômes locaux.

4. La nuit a été très-mauvaise, il y a eu plusieurs lipothymies, on a lavé le malade plusieurs fois avec du vinaigre. Le matin, le ventre est météorisé, le pouls petit et fréquent, la peau chaude, mordicante. Langue sèche, soif vive, respiration précipitée, inquiétudes, nausées, soubresauts des tendons.

Mucil. gg. arab.	℥ii
Aq. dist. camm. rom. / fœnic.	} ℥i s.
Syr. diacod.	℥i
Liq. anod. Hoffm.	gtt. x

A onze heures et demie amendement de tous les symptômes.

(*Sulfate de quinine, quinze grains, qui sont pris avant le soir*).

Le soir, les douleurs locales ont considérablement diminué; la rate est moins gonflée, une selle a eu lieu; la peau est moite, le pouls assez souple et la respiration calme.

(*Même prescription; bouillon; pansement du vésicatoire*).

5. La nuit a été calme, le sommeil meilleur, la langue se nettoye et devient humide. Un léger frisson survient le matin comme pour rappeler la fièvre à son type primitif; mais le développement de l'accès est empêché par le sulface de quinine. La face est pâle et bouffie, l'embonpoint est considérablement diminué, la faiblesse est encore extrême.

(*Suppression du vésicatoire; sulfate de quinine; bouillon avec du pain blanc*).

6. Il ne reste des douleurs locales qu'une légère céphalalgie frontale et un sentiment de malaise dans le dos; le pouls est pour ainsi dire à son état normal; il y a eu deux selles la nuit; du côté de la rate on n'observe plus rien.

(*Riz au lait; un peu de bière blanche que le malade demande de préférence*).

Le 7. Le malade se lève et mange comme à l'ordinaire, mais par petites quantités.

En comparant ces deux faits nous remarquons entre eux une analogie très-grande de la fièvre intermittente et du typhus, en ce que ces deux maladies ont offert dans leur cours une période d'incubation caractérisée par les mêmes signes précurseurs, durant au moins quatre ou cinq jours; qu'un frisson long et pénible, accompagné de froid et suivi de délire et de fièvre continue, a annoncé leur début; que leur marche ent été absolument la même si les deux malades avaient été placés dans les mêmes conditions, c'est-à-dire si L.... C...., atteint d'un léger degré de délire de plus, eut eu le malheur de rester encore pendant deux jours après le 4, sans réclamer les secours de la médecine. Un moment encore, et les lèvres et les dents de C.... comme celles de l'épouse de S.... se seraient couvertes de fulliginosités, les excrétions seraient devenues involontaires, et quelque exactitude que l'on eut mis dans l'observation, il eut été impossible de distinguer par des signes certains les deux maladies l'une de l'autre. Le gonflement de la rate est encore une analogie avec le typhus. C'est un phénomène que M. Louis de Paris a rencontré 40 fois sur 50 cas qu'il a observés.

IIIe Obs. — A la fin de novembre 1834, je fus appelé pour donner mes soins à C.... V...., âgée d'un an et douée d'une bonne constitution; depuis quatre jours, elle avait témoigné du chagrin, du penchant au sommeil, du refus pour les alimens, un désir continuel pour l'eau froide. Le 27, jour où je la vois, elle est profondément assoupie, crie et porte fréquemment la main à la tête et au ventre; la face est rouge, l'œil fixe, la peau brûlante, le pouls accéléré, la langue rouge au pourtour, fortement chargée au milieu, urines rouges, peu abondantes, vomissemens, soif continuelle.

(*Sangsues sur le ventre, cataplasme émollient, lavement de même nature ; diète*).

Le lendemain 28, face moins rouge, langue plus chargée, chairs flasques, sueurs. D'après les renseignemens que donne la mère il doit y avoir de la rémittence.

(*Potion avec le tartre émétique et le laudanum*).

Vers le soir plusieurs nausées et deux vomissemens. La petite malade passe la nuit assez bien.

Le 29. État satisfaisant; accès vers midi qui finit vers le soir. Dans l'apyrexie la face est bouffie et pâle, la langue est encore chargée; léger assoupissement.

Alcool.	℥ s.
Sulf. quin.	gr. vij
Acid. sulf. dil.	gtt. 1

Pour frictionner le dos.

Le lendemain l'accès ne reparaît pas et l'enfant continue à se bien porter.

En 1835, et vers la même époque, C... V...., eut quelques accès de fièvre intermittente quotidienne accompagnée de douleur très-forte dans le dos à la région correspondante des trois dernières vertèbres dorsales et les premières lombaires, en comptant de haut en bas. On peut induire rationnellement de ce fait que chez cette malade, le dos a été le siége d'une semblable douleur, quoique la petite ne fut âgée que d'un an.

IVe Obs. — S... N...., épouse de P... D..., âgée de 28 ans, d'une constitution médiocre, enceinte de sept à huit mois, depuis quatre à cinq jours avait éprouvé du malaise général, de la pesanteur dans les membres, de l'inappétence, des nausées et de la constipation, des douleurs sourdes dans la tête, le ventre et le dos, pendant lesquels elle n'avait pris pour boisson et nourriture que de l'eau froide, du lait battu, qui fut en partie rejeté par les vomissemens. Le 4 décembre 1834, je la trouve le matin, couchée à côté de son mari frappé de la même maladie : Ils sont tous deux inondés de sueur fétide. Chez la femme la chaleur de la peau est très-élevée mais elle est moite, le pouls est large; assoupissement, rêves, vomissemens et constipation, douleur atroce dans la région dorso-lombaire qui se propage jusqu'au milieu du sacrum ; la sueur continue jusqu'à trois heures dans l'après-midi.

(*Saignée de* 15 *onces, application de sangsues sur le ventre et le dos suivie d'un cataplasme émollient; mucilage de gomme arabique; eau d'orge pour boisson*).

Le soir, même mouvement fébrile, mais la malade paraît avoir été soulagée un instant après la transpiration ; mêmes symptômes.

Le 5 aucun amendement dans les symptômes ; le sommeil a été court et fréquemment troublé par des rêves effrayans.

(*Saignée de dix onces, quelques sangsues sur le ventre et le dos ; cataplasme émollient. Continuation des moyens mis en usage la veille*).

Le soir un froid, qui est plus sensible aux pieds et aux mains se propage à toute la périphérie du corps; douleur moindre dans le ventre et le dos. Au bout d'une demi-heure la chaleur suivie de sueur se rallume ; la position de la malade devient vraiment inquiétante. Cette période de sueur est accompagnée des douleurs de l'enfantement et de fréquentes lipothymies et continue toute la nuit.

Le 6 à 5 heures du matin, je suis appelé pour donner des secours à la femme, j'arrive vers les six heures : elle était accouchée d'une jeune fille vivante et bien conformée, mais qui mourut au 47e jour de sa naissance. L'état actuel de la nouvelle accouchée réclamait un calmant ; je lui prescrivis :

Mucil. gg arab ℥ iij.
Aq. dist. camm. rom.
flor. aurant. ana. ℥ i.
Syr. diacod. ℥ i.
Liq. anod. Hofm. gutt. xv.
A prendre par cuillerées.

Cette potion, outre le calme qu'elle apporta à toute l'économie, empêcha la fusion des accès. La journée est assez bonne : céphalalgie, douleur du dos moins intenses, qui augmentent cependant le soir, par le renouvellement d'un accès qui parcourt régulièrement ses trois stades. Très-peu de repos la nuit.

Le 7, apyrexie complète, face pâle, bouffie, ventre tendu et météorisé, pieds œdématiés, grande faiblesse.

(*Sulf. quin. gr.* xij, *à prendre en six heures; bouillon de veau froid, cataplasme émollient au dos*).

Dans la journée la malade demande à manger et on lui accorde du bouillon ; le soir l'accès s'annonce par un malaise et l'exacerbation de la douleur dorsale, mais il ne se déclare pas à son summum d'intensité comme les jours précédens.

Le 8, tout est dans un état satisfaisant ; l'appétit augmente, les forces reviennent. Je continue encore pendant quelques jours l'administration du quinquina ; et, à l'aide d'une nourriture de facile digestion, cette femme se rétablit, à l'exception de la douleur dorsale, sur laquelle je fis à plusieurs reprises, et pendant trois semaines, appliquer des sangsues, mais en vain. Cette douleur ne disparut que par l'application d'un large vésicatoire sur l'endroit correspondant entre les vertèbres lombaires et le sacrum.

Ce fait prouve que les émissions sanguines, soit générales, soit locales, ne suffisent pas toujours pour enlever la douleur caractéristique dorsale, qui est plutôt cause qu'effet de la fièvre intermittente.

Cette maladie a encore cela de commun avec l'affection typhoïde, que quand elle affecte cette forme, elle attaque ordinairement deux ou plusieurs individus dans une même maison.

Ve Obs. — Je fus appelé au mois d'avril 1836 pour donner mes soins à X... D..., âgé de deux ans et trois mois, fort et sanguin, très-docile et intelligent ; voici les signes précurseurs et les symptômes de l'état actuel de sa maladie : *Signes précurseurs :* chagrin, inappétence, penchant au sommeil, rêves nocturnes, constipation, soif, douleurs vagues de la tête, du ventre et du dos. *Symptômes de l'état actuel,* (c'est-à-dire le qua-

trième jour après l'incubation) : Frissons fréquens, mais légers, douleur dans la tête, le dos et le ventre, mais vagues encore; un peu plus tard, frisson long et pénible accompagné de douleur fixe dans la tête, le dos et le ventre où elle est des plus fortes. A ce frisson, qui dure à peu près une heure, succède un mouvement de chaleur intense, accompagné d'assoupissement, de délire et de l'émission involontaire des urines. La douleur du ventre est excessive; la langue, d'un rouge vif à son pourtour, est fortement chargée au milieu et à sa base. La face est rouge et les yeux injectés; battemens du cœur. Malgré l'état d'assoupissement dans lequel il est plongé, le petit malade ouvre quelquefois les yeux égarés, pour témoigner par des cris et des pleurs ses souffrances et la frayeur qui paraît le poursuivre; contracture des membres. Vers onze heures, convulsions et délire avec écoulement involontaire des urines.

(*Cinq sangsues sur le ventre*, *cataplasme émollient; mucil. de gomme arabique, tisane pectorale*, *lavement d'eau de son et d'huile*, *léger sinapisme aux pieds*).

Les piqûres des sangsues coulent abondamment de onze jusqu'à trois heures; amendement dans les symptômes, surtout l'assoupissement et la douleur abdominale; au stade de chaleur succède celui de sueur; vers les quatre heures, les convulsions se manifestent de nouveau, avec les douleurs plus fortes que le matin.

Mucil. gg. arab. ℥ ij.
Aq. dist. comm. ℥ j.
Laud. liq. Sydenh. gutt. viij.
A prendre par cuillerées à café.

Diminution successive des douleurs et des convulsions; vers le soir apyrexie; mouvement fébrile de réaction; douleurs dans la tête, le dos et le ventre, mais bien moins intenses; assoupissement.

Sulf. quin. gr. viij.
Alcool. ℥ s.
Acide sulf. dil. gtt. ij.
Pour frictionner le dos.

(*Lavement émollient et huileux; à l'intérieur rien que de la tisane pectorale et un peu de bouillon de veau; potion calmante suspendue*).

Le 7, pas d'accès; face pâle, gonflée, ventre tendu et météorisé; chairs flasques. (*Continuation des mêmes moyens; un peu de riz au lait pour satisfaire aux désirs du malade*).

Le 8, accès à dix heures; exaspération dans la douleur dorsale; réveil de douleurs légères dans le ventre. L'apyrexie commence à 5 heures de l'après-midi.

Sulf. quin. vj.
Extract. q. s. ut. f. pilul. n° vi.
A prendre une d'heure en heure.

Le 9, 10 et 11 point d'accès; le mieux continue et X... D.. se rétablit sans suite fâcheuse.

Ce fait a ceci d'important: 1° que la douleur abdominale a plutôt cédé au narcotique et au quinquina qu'à la saignée locale, ce qui ferait supposer que cette douleur était plutôt nerveuse qu'inflammatoire. Quand on sait par l'expérience, qu'au bout de deux ou trois accès l'infiltration est imminente, il est sage et même urgent d'éloigner, et de prévenir, s'il est possible, le retour de ces terribles accès.

VIe Obs.—G... W... fils, brasseur, d'un tempérament nervoso-sanguin, profondément affligé de la mort de sa sœur, après avoir éprouvé pendant quelques jours les phénomènes d'incubation de la fièvre intermittente, se fit faire, le 20 avril 1836, une saignée de quinze onces, et prit le tartre stibié, afin de favoriser la circulation et d'éveiller l'estomac. Vers le soir W... gagne mal à la tête, de la raideur dans le dos accompagnée de fréquens frissons, qui, vers minuit, se fondent en un long et pénible frisson, suivi de chaleur et de sueur. Dès cet instant la douleur sourde à l'occiput prit le caractère d'hémicranie alarmante; elle s'irradia vers l'oreille gauche et alla se terminer en forme de vrille derrière le globe de l'œil du même côté. Les apyrexies étaient de deux ou trois secondes et les paroxismes de trois, quatre et cinq minutes; elles étainet si cruelles, que c'était une scène douloureuse que d'entendre pousser des cris alarmans et de voir les larmes inonder les joues d'un jeune homme fort, et d'ailleurs raisonnable.

(*A* 5 *heures du matin, quatre sangsues derrière chaque oreille;* fomentations avec *extr. de bellad.*, *ciguë, jusquiame noire*, *āa. gr.* viij, *dans eau commune* ℥ v.)

L'emploi de ces moyens fut suivi d'un heureux résultat; l'hémicranie alla en diminuant, et le 21 à midi elle avait entièrement disparu.

Assoupissement, fièvre de réaction, douleur sourde à l'occiput et au dos. (*Sulfate de quinine un demi scrupule*, *soupe aux herbes*).

Le 22, vers les neuf heures du soir, légers frissons; exacerbation de la douleur dorsale; à minuit nouvel accès d'hémicranie des plus aiguës, qui dure avec la sueur jusqu'au lendemain 23 à 9 heures. (Les mêmes moyens sont prescrits).

Le 23, sulfate de quinine trois scrupules, bouillon et riz au lait.

L'accès ne reparaît plus et au bout de quelques jours G... W... se porte mieux qu'auparavant.

Ce fait prouve à l'évidence, que la douleur qui coexiste avec la douleur caractéristique du dos, peut être, et est, dans la plupart des cas, de nature nerveuse et cède aux mêmes moyens.

VIIe Obs.—Scampaert, âgé de 30 ans, ouvrier teinturier, d'une constitution médiocre, depuis le onze avril 1836, sentait son appétit diminuer, quelques douleurs vagues accompagnées de malaise général dans la tête, le dos et le ventre. Quoique ces symptômes allassent en augmentant, Scampaert, père de famille, continua néanmoins à vaquer à ses travaux journaliers jusqu'au 15, où, vers les six heurs du matin, il se trouve tellement malade, qu'il a la plus grande peine pour revenir de son atelier à sa maison se mettre au lit. Fortement abattu, il fut immédiatement pris d'un frisson long et pénible et d'un froid glacial, qui parcourut toute la périphérie du corps; à ce frisson succède bientôt le stade

de chaleur suivi de celui de sueur. Pendant la période de chaleur, le malade accuse des douleurs très-fortes à la région frontale, au bas-ventre, où elle est moins forte et à la région dorso-lombaire jusqu'à la base du sacrum : là elle est très-sensible à l'impression des doigts et tellement atroce, qu'elle arrache des cris au malade, et le jette dans le désespoir. (*Saignée de 20 onces; cataplasme émollient fait avec la décoction de têtes de pavot blanc, sur le lieu douloureux du dos; potion calmante à l'intérieur*). Vers la fin de ce stade, qui dura à peu près deux heures, amendement de tous les symptômes, pour revenir avec plus d'intensité pendant le stade de sueur ; alors la douleur dorsale et le délire sont à leur comble ; les symptômes continuent mais en diminuant d'intensité. Point de délire ; assoupissement profond ; mouvement fébrile de réaction ; prostration considérable dans les forces.

(*Sulf. quinine, deux scrupules, à prendre en vingt-quatre heures*).

Le lendemain, 16, mieux général.

(*Sulf. quinine gr.* x ; *bouillon aux herbes ; eau d'orge*.)

Le 17, il ne reste plus que de douleur à la tête et au dos.

(*Continuation de la quinine ; cataplasme de mie de pain blanc sur le dos et à la nuque ; soupe légère*).

Le 18. Scampaert se promène au jardin et n'accuse plus aucune douleur ; au bout de quatre jours, il reprend ses travaux comme d'habitude.

On se convaincra par l'histoire succincte de ce malade qu'il est impossible de rencontrer dans aucun endroit, cette douleur mieux dessinée et caractérisée ; aussi les personnes qui en ont été atteintes, la reconnaissent-elles facilement et l'ont en horreur.

VIII[e] Obs. — T..... J....., épouse de P..... D....., âgée de 34 ans, femme forte, d'une idiosyncrasie bilieuse, quoique depuis quelques jours indisposée par des insomnies, de l'inappétence, des nausées et des douleurs vagues dans la tête, le ventre et le dos, alla le 24 juillet 1836 au marché à Bruxelles, d'où elle revint très-fatiguée sous le poids d'un lourd fardeau dont elle avait été obligée de se charger.

Arrivée chez elle, elle fut prise de douleurs à la région épigastrique (de crampes à l'estomac, suivant ses expressions) qui la menaçaient de suffocation ; après quelques minutes elles quittent l'épigastre, parcourent l'hypocondre et le côté droit, où elles prennent la forme de points pleurétiques, car à la plus légère inspiration la douleur augmente au point que la malade ne peut se remuer dans son lit sans crier, et va se terminer momentanément au milieu du dos, pour de là se fixer pendant un long et pénible frisson, accompagné de froid, suivi de chaleur et de sueur abondante, à la partie inférieure du dos. La malade croyant que le froid descendait pour disparaître par les extrémités, essuya deux accès avant de me faire appeler.

Voici les symptômes qu'elle accuse le jour de ma visite : douleur vive et continue, mais exaspérée pendant les accès, à la région dorsale de la colonne épinière, à l'endroit correspondant aux trois dernières vertèbres dorsales et les premières lombaires, en comptant de haut en bas ; elle augmente par la pression du bout des doigts, s'aggrave par la marche et lorsque la malade se courbe. Cette douleur se propageant aux muscles des fesses, des cuisses et même jusqu'au genoux, et laissant une raideur considérable dans ces parties, la malade est obligée de s'appuyer fortement sur les mains pour se mettre sur son siége.

Me rappelant l'histoire de la maladie d'un nommé Norpain Louis, couché, en 1832, à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Madelaine, n° 22, je diagnostiquai une fièvre intermittente avec lumbago. Je crus en outre à la présence d'un rhumatisme musculaire ; je crus à l'exemple de M. Chomel, très-rationnel de faire une saignée ; mais la malade ne voulut à aucune condition s'y soumettre, disant qu'elle était trop faible. Je prescrivis donc le sulfate de quinine en solution ; le lendemain, à mon grand étonnement, la malade se promenait dans la maison sans grande douleur ni raideur. A ma troisième visite, je la trouvai dans son jardin et en état de reprendre ses travaux habituels de la campagne.

J'ai ajouté ici ce fait pour montrer jusqu'à quel point le sulfate de quinine exerce son heureuse influence sur la douleur caractéristique de la fièvre intermittente, douleur qui avant de se fixer dans son lieu de prédilection, peut occuper plus ou moins longtemps différentes branches ou ganglions de nerfs et être ainsi cause de grandes difficultés dans le diagnostic.

Voici maintenant les propositions que je crois pouvoir déduire de ces faits :

1° La fièvre intermittente qui règne les deux tiers de l'année dans la commune de Laeken, est constamment accompagnée d'une douleur plus ou moins forte dans la tête, où elle varie de place, et d'une *douleur fixe à la région dorsale de la colonne épinière, à l'endroit correspondant aux deux ou trois dernières vertèbres dorsales et premières lombaires, en comptant de haut en bas.*

2° Cette douleur augmente à la pression de la main, et malgré ce caractère, elle peut être considérée comme une névrose.

3° Cette douleur disparaît dans la plupart des cas lors de la cessation de la fièvre, et réciproquement la douleur étant dissipée, la fièvre cesse.

4° Dans la plupart des cas, car souvent cette douleur passe à l'état chronique, elle rappelle la fièvre, et n'est enlevée que par un révulsif assez énergique.

5° La douleur caractéristique est souvent précédée ou coexiste avec des douleurs semblables qui causent du désordre dans différentes parties de l'économie ; c'est ainsi qu'elle est précédée ou accompagnée de coliques abdominales, de gastralgie, de dyspnée, d'asthme, et de douleur de toute espèce qui peut en imposer pour toute autre affection : elle est quelquefois la compagne de sciatiques des plus douloureuses, de céphalalgies alarmantes, etc.

6° Ces douleurs, quand elles existent à un haut degré, comme cela arrive souvent, causent après l'accès une

fièvre de réaction, de l'assoupissement et des symptômes, qui lorsque les accès sont très-rapprochés, changent la fièvre remittente en continue, affaiblissent considérablement les malades et les jettent dans l'ataxie et l'adynamie.

7° Cette fièvre intermittente est une maladie de la moelle épinière ayant son siége dans la région dorsolombaire indiquée plus haut.

8° Cette fièvre atteint les personnes de tout âge, les enfans à la mammelle, et les octogénaires comme les adultes.

9° La fièvre intermittente, à sa période d'incubation, est accompagnée des symptômes en rapport avec l'intensité de son début.

10° Il y a de l'analogie entre le typhus et la fièvre intermittente, en cela que les symptômes de la période d'incubation de la fièvre sont les mêmes que ceux du typhus; que le début de l'une et de l'autre de ces maladies est annoncé par un long frisson; que la fièvre ainsi que le typhus sont accompagnés de douleur du dos; que quand elle a tant d'analogie avec le typhus, la fièvre atteint deux ou plusieurs individus dans une même maison; que la fièvre abandonnée à elle-même peut passer à l'état d'ataxie et d'adynamie, et qu'enfin le même médicament convient à l'une ou à l'autre de ces maladies.

11° Il est très-sage, lorsqu'il y a fusion des accès, par des symptômes plus ou moins graves, d'enlever le plutôt possible la fièvre.

12° Sa prolongation jette le malade dans la faiblesse, engorge les organes parenchymateux, dégénère en typhus ou cause une infiltration générale.

13° Le sulfate de quinine enlève les douleurs concomittentes, la gastralgie, la sternalgie, etc., aussi bien que la douleur caractéristique du dos.

14° La saignée diminue quelquefois la maladie, et souvent les symptômes n'apparaissent avec tout leur cortége qu'après l'évacuation sanguine. Enfin, la douleur caractéristique à l'état aigu résiste très-souvent aux saignées locales et générales, et ne cède qu'à l'emploi du quinquina à haute dose.

15° Quand il y a fusion d'accès, on peut impunément administrer le sulfate de quinine pendant les paroxysmes, mais alors préférablement par la méthode endermique, car introduit dans l'économie, il doit agir sur les accès à venir.

Symptômes de phthisie. Guérison par le sublimé corrosif. (Observation communiquée par M. le docteur A. Accarain, de Mons.)

Panis, âgé de 27 ans, grand, maigre, cheveux blonds, yeux bleus, habitant Saint-Symphorien, exerçait l'état de cordonnier depuis 1832, époque où il avait quitté le service militaire. Voilà six mois, il ressentit un rhume qu'il attribua à un refroidissement, et qui, loin de diminuer sous l'influence d'un traitement en apparence rationnel, finit par le retenir au lit. Quatre médecins avaient successivement attaqué le mal sans l'arrêter, et déclaré le malade atteint de phthisie pulmonaire. Quatre docteurs! certes, les parens n'avaient rien à se reprocher, le patient s'en allait selon les règles de l'art. Toutefois, pour satisfaire jusqu'au bout les désirs d'un mourant, ils me prièrent de me charger du legs de mes confrères. Quand je vis Panis pour la première fois, il était immobile dans son lit, souffrant d'atroces douleurs de poitrine au moindre mouvement, découragé, les yeux brillans et enfoncés dans leur orbite, les joues caves et d'une pâleur sale, la langue rouge. Après l'examen des organes respiratoires, je conclus à l'existence d'une phthisie tuberculeuse ou d'une bronchite chronique, deux affections dont le diagnostic différentiel est parfois impossible. Ajoutez à cela un pouls fréquent et petit, des sueurs colliquatives, une diarrhée fréquente, la rougeur momentanée des pommettes, des crachats épais, verts et nummulaires, et le tableau sera complet. Je ratifiais, à part moi, le jugement de mes prédécesseurs, tout en regrettant d'être venu après eux, lorsque je m'avisai de demander au malade s'il n'avait pas été militaire. Sur sa réponse affirmative, je voulus savoir s'il n'avait jamais contracté la syphilis, et j'appris qu'il avait remarqué un jour sur le gland un bouton assez gros, qui s'était ulcéré, sans que du reste il n'avait eu ni écoulement urétral ni engorgement des testicules ou des aines; qu'il n'était pas entré à l'hôpital et n'avait suivi aucun traitement. Je levai alors les couvertures et trouvai un abcès à la partie interne de la cuisse droite, ouvert depuis une heure à l'insu du malade. Sa femme, qui, avant le mariage, avait toujours été bien portante, présentait un engorgement considérable des glandes parotide et sous maxillaire droites; l'enfant, de quelques mois, était cachectique et souffrait d'un suintement très-fétide derrière les oreilles.

Je crus reconnaître la syphilis dans tous ces symptômes, et administrai le mercure d'après la méthode de Dzondi, une potion calmante et le bouillon de veau. Huit jours après, le malade allait mieux; de semaine en semaine, il usa d'alimens plus substantiels et reprit de l'embonpoint. Le pus des deux vésicatoires qu'on avait appliqués avant ma première visite sur le devant du thorax perdit son ancienne fétidité. La toux et les crachats disparurent; la gaieté revint avec les forces et Panis put enfin sortir. Aujourd'hui il parcourt la campagne qu'il avait cru ne plus revoir, et moi je rends graces au mercure sans comprendre son action.

Quelques observations pour servir à l'histoire des luxations scapulo-humérales; par Florent Cunier, médecin militaire, etc., etc.

Il n'est point de partie de la chirurgie qui ait été aussi longtemps négligée que celle des *fractures* et *des luxations;* on pensa très-tard, aux ressources que l'on pouvait retirer de l'application méthodique de la main

dans la réduction de ces dernières. *Hippocrate* a le premier douté de son efficacité, ce qui ne doit être attribué qu'au peu de connaissances qu'il avait de la structure et de la physiologie des parties intéressées. Il a inventé diverses machines fort ingénieuses. *Oribase* (1) s'est aussi beaucoup occupé de ces machines et les modernes y en ont ajouté beaucoup d'autres. On trouve dans *Ambroise Paré* (2), *Fabrice d'Aquapendente* (3), les *Mémoires de l'Académie royale des Sciences*, des descriptions de ces sortes de machines. *J. L. Petit.* (4), donne pour la réduction de la luxation scapulo-humérale, la description d'une machine qui n'est qu'une copie de celle d'Oribase.

Nos progrès en anatomie et en physiologie nous ont fait abandonner les procédés défectueux mis en usage pendant si longtemps pour faire rentrer la tête de l'humérus dans sa cavité; c'est ainsi que sont tombés dans l'oubli, l'*ambi* ou banc d'Hippocrate, la porte, l'échelle, les machines qui leur ressemblent, le procédé du talon. On n'a pas oublié le procédé cruel dont Richerand vit faire l'application dans sa jeunesse (5).

Si cette partie de la chirurgie est restée longtemps dans l'enfance et l'imperfection, c'est que l'étude des luxations a souvent paru, et est peut-être encore regardée comme de peu d'importance, par quelques médecins, et que, pour me servir de l'expression de *Percivall Pott*, la plupart d'entre eux *se croiraient insultés si on leur proposait de les instruire sur une matière qu'ils croient posséder à fond!*

La population des campagnes envisage encore les choses sous le même point de vue que ces médecins, et regarde la réduction d'une fracture et *surtout d'une luxation* comme une opération fort simple et que tout individu qui en a l'habitude peut faire comme un homme habile, en fort peu de temps et très-facilement. Cette partie opératoire fut autrefois l'apanage exclusif des maréchaux-ferrans; je connais encore aujourd'hui un maréchal de village dans la famille duquel les vieilles femmes racontent que l'adresse de réduire les fractures et les luxations a passé de père en fils. Le médecin de cette commune a eu, à ma connaissance, quelquefois recours à lui. On n'a pas oublié la réputation aussi colossale que courte de madame *Mapp* que toute l'Angleterre allait consulter.

Si le traitement des fractures et des luxations est un point de la plus haute importance, et qui demande beaucoup d'étude, on est d'un autre côté souvent réduit à l'incertitude sur le siége et le diagnostic à cause de la diversité d'opinions des auteurs; de là des erreurs fréquentes.

L'embarras où je me suis quelquefois trouvé dans les cas de luxation scapulo-humérale que j'ai rencontrés, m'a donné l'occasion de faire quelques recherches. C'est le produit de ces recherches que je vais essayer de donner en exposant et en cherchant à rapprocher les opinions des auteurs que j'ai consultés. Je n'ai point discuté leur doctrine parce que je m'en sais incapable; je ne l'ai exposée que pour arriver au récit de quelques observations qui me sont propres.

La disposition anatomique des parties qui entourent l'articulation scapulo-humérale a porté Richerand à ne pas admettre de luxation *en haut*, et à révoquer en doute que l'on ait quelquefois observé des luxations *en arrière*, à cause de l'obstacle qu'y oppose le tendon de la longue portion du triceps brachial; il regarde la luxation *en avant* comme très-rare et celle *en bas* comme étant la plus fréquente.

Boyer, sir Astley Cooper, Monteggia, Chelius, Van Onsenoort, etc., reconnaissent trois luxations complètes:

1° La luxation en bas, ou dans l'aisselle, dans laquelle la tête humérale répose, dit-on, sur la côte de l'omoplate au-dessous de la cavité glénoïde.

2° La luxation en avant ou en dedans, dans laquelle la tête de l'os se trouve au côté interne de l'apophyse coracoïde; mais on n'est pas d'accord sur sa position précise; les uns la mettent dans la fosse sous-scapulaire, les autres sous le muscle grand pectoral (1).

---

(1) *De machinamentis;* ce livre et un autre de *Laqueis* ont été traduits en latin par *Vidus Vidius* et insérés dans l'édition *in-folio* des œuvres d'Oribase, Zurich 1555. *Antoine Cocchi* a publié à Florence en 1754, un ouvrage de *Solanus*, *de fracturarum signis* et y a ajouté deux livres d'Oribase *De fractis et luxatis.*

(2) *Ambrosii Paræi, op. novis. icon. elegantis. illustrata et latinitate donata*, Paris, 1582. Nous voyons quelques années plus tard *Pierre Pigray* abandonnant l'ouvrage des machines, pour recourir à l'application de la main, le chirurgien étant servi dans l'extension et contre-extension, *par des ministres par luy deuement instruits de leur office et manière de fayre.* — Chirurgie, liv. VI, *Méthode pour bien joindre les fractures*, page 420, et *Méthode pour remettre les os luxez*, page 425, Paris, 1609.

(3) *Chir. univ.* liv. 4.—*Pantatheucus chirurgicus*, Francfurtii, 1592.

(4) *Maladies des os*, traité publié par *Louis*.

(5) *Nosographie et Thérapeutique chirurgicales*, tome II, pag. 300.

(1) Dans presque tous les cas, dit *Larrey*, (Clinique chir. tome 3, p. 280), la luxation se fait en dedans et en avant, sous le tendon du *grand pectoral;* elle peut avoir une étendue plus ou moins grande, de manière même que la tête de l'os déplace ou distend au devant d'elle les nerfs et les vaisseaux axillaires, complication grave qui commande une prompte réduction où le malade est condamné en outre de l'immobilité du membre, à un travail douloureux, permanent, qui peut nécessiter l'amputation : on en a vu des exemples.

Larrey, (L. C.) rapporte un fait très-remarquable par l'aberration de la tête de l'os luxé chez un jeune homme qui avait survécu longtemps à son accident. Dans une chute violente que ce sujet avait faite sur la paume de sa main, le membre fortement étendu et écarté du corps, la tête de l'humérus non-seulement sortit de la cavité par son côté antérieur, mais elle s'enfonça entre les deuxième et troisième vraies côtes dans la cavité de sa poitrine, où elle fut retenue et étranglée par l'écartement de ces deux côtes, qui n'avaient d'abord cédé au passage de cette éminence osseuse que par la violence de sa pression ou de son introduction. Le professeur Prochaska a mon-

3° La luxation en arrière ou en dehors, dans laquelle la tête de l'os se trouve dans la fosse sous-épineuse.

La présence des apophyses acromion et coracoïde, unies par un ligament très-fort, rend impossible la luxation directement en haut; Hippocrate, *de articulis*, fait observer qu'il ne l'a jamais rencontrée. Elle n'est possible que dans le cas de fracture comminutive des apophyses acromion et coracoïde, comme à la suite d'une chute sur le coude, lorsque le bras est rapproché du tronc. Les chirurgiens les plus célèbres n'admettent même pas la luxation incomplète de la tête de l'humérus en haut, derrière le bec coracoïdien. Sir Astley Cooper, (*on dislocations*) en cite un exemple et une dissection du docteur Patey, chirurgien de l'hôpital Saint-Thomas de Londres: la partie supérieure de la capsule étant déchirée, la tête de l'humérus s'appuyant contre le bord supérieur de l'apophyse coracoïde. M. le docteur Laugier a consigné dans les *Archives de médecine* de mai 1834, une observation de cette espèce de luxation recueillie à l'hôpital Necker. M. le médecin homœopathe Bron et moi, avons eu occasion de constater, par l'autopsie cadavérique, l'existence de cette luxation sur le cadavre d'un caporal du 3ᵉ régiment de chasseur à pied qui fut retiré de la rivière le Hoyoux, à Huy, dans les premiers jours du mois de décembre 1831. Je regrette beaucoup d'avoir perdu les détails anatomiques de cette observation intéressante à cause de la diversité des opinions; ces détails ont été transmis à monsieur l'inspecteur général du service de santé de l'armée avec mon rapport numérique et générique des malades traités à l'infirmerie de la garnison de Huy pendant le quatrième trimestre 1831.

« M. Malgaigne (1) a démontré par des expériences sur le cadavre, par les autopsies de sujets chez qui on avait reconnu l'existence de la luxation *en bas* et enfin par l'examen des symptômes, que dans la lésion qu'on a décrite sous ce nom, la tête humérale n'est pas réellement placée sous la cavité glénoïde, mais bien sous l'apophyse coracoïde, le trochiter reposant dans la partie inférieure de la cavité glénoïde, le col huméral appliqué sur le rebord glénoïdien antérieur. Tous les symptômes décrits par les auteurs se rapportent à ce déplacement; mais de plus M. Malgaigne en a découvert de nouveaux qui ne sont pas moins importans, puisque dans un cas difficile ils ont servi à M. Dupuytren à diagnostiquer une luxation datant de 35 jours, qui avait été prise pour une fracture du col de l'humérus. »

« L'un de ces signes n'est pas constant, c'est la rotation du bras en dehors. Les deux autres existent toujours, ce sont :

1° La saillie de la tête de l'os à la partie antérieure et latérale de la poitrine, sous l'apophyse coracoïde, où elle soulève le grand pectoral.

2° L'allongement très-sensible de la paroi antérieure de l'aisselle, mesurée depuis son bord libre jusqu'au bord inférieur de la clavicule, et qui coïncide d'ailleurs avec l'allongement du bras.

« La position de la tête de l'os n'est pas toujours uniforme; quelquefois elle est retenue à quelques lignes au-dessous du bec coracoïdien. Ces variétés tiennent à diverses causes qu'il n'est pas toujours possible de prévoir. »

« M. Malgaigne admet cependant la réalité de cette luxation en bas, mais toute différente de celle des auteurs, dont il n'a pu trouver que trois exemples; deux autopsies et une observation sur le vivant. Le symptôme principal doit être un allongement de près d'un pouce et demi; et dans le seul cas dont les signes aient été donnés, il y avait une mobilité extraordinaire du membre, indiquant une rupture complète de sa capsule. »

La luxation *en avant* ou *en dedans* est très-rare; M. Malgaigne en cite deux observations qui lui appartiennent et une troisième rapportée par Whytt. Ce sont les seules qu'il ait pu reconnaître avec une symptomatologie exacte (1). Un exemple singulier de cette luxation, la tête de l'humérus étant logée dans la fosse sous-scapulaire, se trouve consigné dans une brochure hollandaise, imprimée à Utrecht, en 1830, et renfermant la clinique chirurgicale de l'hôpital militaire d'instruction pendant les années 1829 à 1830. En voici la traduction :

Cas remarquable de luxation de l'humérus. (Zeldzaam geval van ontwrichting van het opperarm).

Le sieur K...., premier lieutenant-inspecteur de l'administration près de l'armée des Indes-Orientales, âgé de 36 ans, d'un tempérament que le séjour dans les pays chauds avait rendu sanguin-nerveux, maigre, cheveux noirs, os petits, système musculaire peu développé, contracta pendant son séjour en cette ville, une fièvre intermittente, et lorsqu'il en fut guéri, une violente conjonctivite, (chemosis) des deux yeux, pour laquelle il fut admis à l'hôpital militaire d'instruction.

Pendant le *stadium reconvalescentiæ* de cette der-

tra à Larrey le thorax disséqué de ce sujet, dans l'intérieur duquel on voyait toute la tête de l'humérus enveloppée par la plèvre et le reste de cet os formant une équerre avec le tronc.

(1) *Lancette Française, Gazette des hôpitaux civils et militaires*,—20 janvier 1835. Je suis obligé de rapporter presque en entier l'article de ce journal, où il est rendu compte du mémoire de M. Malgaigne, *sur la détermination du siége et du diagnostic différentiels des luxations scapulo-humérales.*

(1) Ces symptômes sont :

1° L'allongement du membre et de la paroi axillaire antérieure.

2° On ne peut sentir la tête de l'os dans l'aisselle.

3° Le bras est accolé au tronc et ne peut en être écarté qu'avec beaucoup de difficulté et de douleur.

4° La tête de l'humérus fait saillie dans le creux sous-claviculaire, en dedans de l'apophyse coracoïde; et cette saillie non arrondie paraît appartenir à la grosse tubérosité de l'humérus.



nière affection, M. Kerst (1) fut appelé auprès du lieutenant, pendant la nuit, et trouva une luxation, en avant, (voorwaartsche) du bras gauche, qui fut facilement réduite.

M. K... raconta alors à M. Kerst qui lui demandait la cause de cette luxation, que cela lui était arrivé pendant le sommeil, la tête reposant sur le bras et que c'était la troisième fois, depuis son retour des Indes, qu'il se luxait le bras sous les mêmes circonstances.

A la demande s'il avait eu le sommeil agité? avait rêvé? il répondit qu'il n'en savait rien, et l'infirmier de garde donna la même réponse. Le lendemain matin, en s'entretenant avec M. K.... et cherchant à découvrir à quelle cause ce relâchement particulier de l'articulation pouvait être attribué, M. Kerst apprit que le malade, comme quelques Européens qui habitent les Indes, avait la coutume de se faire oindre de temps à autre en sortant du bain, les extrémités avec des huiles aromatiques et de les faire mouvoir mollement (*zacht bewegen*) par sa ménagère indigène; qu'après un certain temps, cette coutume amenait une telle mobilité des articulations, qu'elles craquaient au moindre mouvement; *qualité* à laquelle tiennent beaucoup les belles Javanaises.

Observation. — Que la luxation ait eu lieu chaque fois plutôt la nuit que le jour, cela paraît devoir être attribué à la relaxation générale dans laquelle le système musculaire de l'économie animale se trouve pendant le sommeil.

On pourrait considérer ici comme cause prédisposante, la position élevée du bras, qui formait ainsi avec le cou un angle plus ou moins aigu, de telle façon que la tête de l'humérus reposait dans la cavité articulaire de la même manière que contre un plan incliné; tandis que la circonstance déterminante (*de gelegenheid oorzaak gevende*) devra être recherchée dans la pression de la tête sur le bras, secondée peut-être, par une contraction fortuite du muscle sous-scapulaire.

Les observations de luxation de l'humérus se reproduisant la nuit ne sont point rares; deux fois pendant l'hiver dernier j'ai réduit une semblable luxation à M. J..., capitaine d'infanterie. Il fut un temps où cela arrivait fréquemment à mon frère officier d'artillerie.

Quant aux luxations *en arrière* ou *en dehors, sous-acromiales* de M. Malgaigne, Richerand dit que l'on peut raisonnablement douter de leur existence parce qu'aucune n'est appuyée par l'autopsie cadavérique. M. le professeur Sebastiaan l'a rencontrée deux fois sur les cadavres qui servaient à ses démonstrations anatomiques. Un journal anglais (*London medical Gazette*), en a rapporté une observation en 1833.

Mon père et moi, avons eu récemment occasion d'observer cette luxation:

Magloire Dubrunquet, dit *Massoue*, âgé de 23 ans, grand, large, musculeux, robuste, journalier, alors pour compte de M. Godefroid, herboriste à Belœil, était monté sur un tilleul pour en cueillir les fleurs, lorsqu'une branche cédant sous son poids, il tomba d'une hauteur de seize pieds, le bras gauche contre une pierre très-grosse (une borne élevée d'environ trois pieds au-dessus du sol) de telle façon que le choc ramena le coude fortement en avant et en haut. Un médecin appelé immédiatement, ne reconnut que des contusions à la partie moyenne et postérieure du bras, et au moignon de l'épaule, saigna le malade et prescrivit des fomentations froides (1). Le lendemain, Dubrunquet quitta la commune où cet accident lui était survenu, et se traîna

(1) Chirurgien-major, professeur de pathologie et de thérapeutique chirurgicales à l'hôpital militaire d'instruction d'Utrecht.

(1) Un cas assez extraordinaire qu'on trouve dans *Galien* (*Comment. I. in homm. Hippocr.* de offic. med. Charter. tome XII. p. 6) apprend avec quelle précaution on doit s'y prendre pour distinguer les luxations. Un homme en s'exerçant à la lutte eut le bras luxé; le médecin comparant la partie malade avec l'autre qui était saine ne trouva cependant aucune différence dans l'article, ce qui lui fit décider assez témérairement qu'à la vérité l'endroit était blessé, mais que l'article n'avait point été dérangé. En conséquence il ordonna qu'on baignât le malade, qu'on lui appliquât sur la partie blessée un morceau de laine trempé dans de l'huile avec un peu de cire, qu'on le mît au lit et qu'il reposât; mais malgré cela la douleur ne se ralentit point pendant la nuit; il revint le lendemain (fort en colère de ce qu'on avait consulté d'autres médecins encore plus ignorans que lui) et confirma sans hésiter le jugement qu'il avait porté la veille, disant que la douleur ne venait que de l'inflammation de l'épaule blessée et qu'il fallait continuer à suivre ce qu'il avait ordonné. Le troisième jour, la douleur ne diminuant point, on consulta *Galien*, qui, en examinant le bras, vit qu'effectivement il n'y avait aucune cavité contre nature vers l'article, et qu'au contraire l'humérus était plus enflé que l'autre que l'on croyait être dans son état naturel. Mais lorsqu'il eut passé ses doigts sous l'aisselle du bras malade, il s'aperçut aussitôt que la tête de l'os déboîté y était tombée, ce qui lui fit conclure qu'il y avait luxation. Le médecin avait été trompé par la comparaison qu'il avait faite de la partie blessée avec l'autre qu'il croyait saine; puisque le malade, sur les questions que lui fit Galien, dit qu'il se ressouvenait qu'il y avait longtemps qu'étant tombé de dessus un char il s'était blessé ce bras, ce qui avait dérangé l'acromion; ainsi le bras que l'on croyait dans son état naturel avait une cavité contre nature proche de l'article; par conséquent la comparaison des deux bras avait trompé le médecin. — *Van Swieten, Comment. des aphor. de Boerhaave,* aph. 365, traduction de *Louis,* 1768, vol. III. page 421.

Cette observation n'a, il est vrai, aucun rapport avec celle que je relate; mais j'ai été étonné de ne trouver au chapitre des *Erreurs du diagnostic* de la *Thèse de Concours* récemment soutenue par *A. Bérard,* aucun exemple de ces erreurs relatives aux luxations scapulo-humérales; cette observation eut cependant très-bien figuré dans son §. VIII. L'erreur de diagnostic du médecin appelé par Dubrunquet pourrait être rangée dans son § IX, ou mieux peut-être dans son § XII.

Galien rapporte dans ses Commentaires sur Hippocrate une erreur de diagnostic dont il a failli devenir la victime; Hippocrate dit qu'il a connu plusieurs médecins, et des plus distingués qui croyaient que l'article était luxé parce que le déplacement de l'a-

jusqu'à Belœil. Mon père ne se trouvant pas à la maison, je me rendis chez le malade.

Il existait un gonflement fort considérable avec déformation de l'épaule et une douleur intolérable, surtout pendant les mouvemens que j'essayais d'imprimer au bras. La saillie de l'os du bras sur l'omoplate, sous l'épine de cet os, le bras et surtout le coude étroitement rapprochés du devant de la poitrine et la douleur occasionnée lorsque je voulais l'en écarter, la tension du grand pectoral me firent diagnostiquer une luxation de l'humérus en arrière, la tête étant logée dans la fosse sous-épineuse.

Je procédai à la réduction qui s'opéra à la troisième tentative seulement, avec un bruit que mon père, survenu depuis mon arrivée, et tous les assistans *entendirent bien distinctement*. Dès lors le bras reprit sa direction, et le moignon de l'épaule sa position naturelle. Les douleurs violentes occasionnées par les mouvemens de circonductiou, ne permettaient cependant pas à Dubrunquet de porter la main vers la tête. Le bras fut maintenu en repos et on appliqua un bandage tel que les bords déchirés de la capsule fussent maintenus dans le contact le plus parfait.

Le lendemain matin, une large plaque jaunâtre recouvrait le deltoïde, le moignon de l'épaule et l'omoplate; des compresses imbibées d'oxycrat dont l'usage avait été ordonné la veille, continuèrent à être appliquées sur la partie et sur l'ecchymose qui existait également à la partie du bras qui avait rencontré la pierre dans la chute.

L'eau de goulard remplaça bientôt l'oxycrat.

Des douleurs fixes à la voûte acromio-coracoïdienne et à l'empreinte deltoïdienne tourmentaient beaucoup le malade. L'engorgement persistait et était *emphysémateux* au toucher (1). On insista sur les topiques résolutifs. Quelques jours plus tard les douleurs avaient disparu. Après vingt jours la tuméfaction commença à se dissiper d'une manière sensible; le trentième jour le malade exécutait facilement des mouvemens très-étendus, la tuméfaction était complétement disparue.

Cinq jours plus tard, Dubrunquet partit malgré mon avis, pour la France, où il a coutume d'aller, depuis quelques années, faire la moisson en qualité de *piqueteur*.

Rentré depuis quelques jours de cette excursion, il m'a dit avoir ressenti quelquefois des douleurs dans l'articulation, et que chaque fois elles avaient cédé aux frictions avec l'eau-de-vie camphrée dont l'usage lui avait été prescrit vers la fin du traitement.

On s'est en général, fort peu occupé du traitement à suivre après la réduction des luxations. M. Malgaigne a lu dans la séance de l'*Académie de médecine* du 31 octobre 1835, un savant mémoire à ce sujet.

P. Duverney (1) et J. L. Petit (2) pensaient que dans le déplacement récent les ligamens étaient seulement distendus et qu'après une prompte réduction ils reprenaient leur solidité première (3); dès lors la réduction remettait tout à l'état normal, et si elle était tardive, il suffisait encore de quelques jours pour restituer aux ligamens leur élasticité seulement diminuée. On fut longtemps, ajoute M. Malgaigne, à revenir de cette erreur, et Pott (4) qui admettait le déchirement des ligamens, mais dans quelques cas seulement, le regarde comme un objet de peu de conséquence.

Thompson (5) a consigné dans les *Médical observa-*

cromion faisait paraître *la jointure supérieure de l'humérus enfoncée et creuse.*

M. Mayor (*Gazette médicale de Paris*, n° 22, 28 mai 1836), donne l'observation d'une luxation humérale qui avait été prise et traitée pour un rhumatisme à cause des douleurs, etc., etc. Un journal américain (The Philadephia monthly journ : of méd. and surg.) rapportait en 1827, l'observation de la luxation des deux humérus dans la cavité axillaire, méconnue pendant longtemps. L'une de ces luxations fut réduite après sept mois, la seconde après un espace de temps assez long.

(1) Je n'entends point par là qu'il y ait un *emphysème ;* mais l'engorgement observé tenait plus de l'emphysème que de l'œdème. Peut-être a-t-il existé chez Dubrunquet une infiltration de l'air dans le tissu cellulaire, ainsi que l'a observé Desault en reduisant une fracture ancienne.

(1) Mémoires de l'Académie royale des sciences.

(2) OEuv. ch., Malad. des os.

(3) *Pierre Pigray* était loin de penser comme eux; on lit dans son livre VI, chap. IV.... Et la réduction bien et duement faicte il la faut contenir et conserver, premièrement avec un emplastre astringent, tel que nous avons escryt cy dessus en la curation des fractures, qui conforte et corrobore la partie, puis avec un bandage proprement et dextrement faict selon le naturel et la commodité du lyen et que les bandes soyent faictes de largeur et longueur, comme nous avons monstré en son lyeu, et ne lever l'appareil de huit ou neuf jours, si quelque douleur, inflammation ou prurit ne nous y contraint, luy faisant faire quelque petit mouvement pour empescher l'enchylosis, puis après les premiers jours que l'on sera asseuré qu'il ne s'y fera aucune fluxyon on pourra user de remèdes un peu discutifs, qui néantmoins corroborent toujours la partie : l'emplastre de diapalma meslé avec un tiers de dessiccativum rubreum, y est fort propre et a vertu de desseicher et absorber quelque humeur qui est sortye de petites veines par la contusion et pour conforter les parties nerveuses, on usera du liniment qui s'ensuyt, etc. — *Chirurgie*. page 425. in-8°, 1609.

George De Lafaye (Principes de chir : in 8°, 1762) attache le plus grand prix au traitement consécutif à la réduction et recommande l'usage de bandages appropriés, etc.

Duprouy (Journal de médecine, vol. XXVIII°,) fait la même recommandation; il en est de même de *Delaroche* qui reconnaissait la déchirure de la capsule.

(4) Traité des fractures et des luxations, par Percival Pott, 1768.

(5) Thompson vivait vers le milieu du 17° siècle, et fut élève du célèbre anatomiste P. Duverney. Il est à remarquer que M. Malgaigne ne fait point mention des dissections de ce médecin. — *Pott,* dans son *traité des fractures et luxations* admet bien formellement la déchirure; voici sa proposition 3 du livre des luxations : *Les ligamens capsulaires de plusieurs articulations où il se fait un grand mouvement, sont faibles,*

tions and Inquiries plusieurs dissections d'où il résulte que la totalité de la capsule humérale est fréquemment rompue dans tout son pourtour.

La déchirure est aujourd'hui admise par tous les chirurgiens ; elle se présente d'une manière tellement constante qu'on a posé en fait que :

A. « Toute luxation complète entraîne inévitablement » la déchirure au moins partielle de la capsule. »

B. « Il est possible que la tête humérale se luxe sous » l'apophyse carocoïde sans que la capsule soit rompue; » mais alors la luxation est toujours complète. »

C. « Il est impossible que la tête humérale se place sur » la côte de l'omoplate, ou dans la fosse sous-scapulaire, » ou dans la fosse sous-épineuse (comme cela a eu lieu » chez Dubrunquet) sans que la capsule soit complé- » tement déchirée, ou au moins dans une grande par- » tie de son étendue (1). »

Deux fois j'ai pu disséquer des articulations récemment luxées ; l'une fois, ainsi que je l'ai déjà dit, j'ai rencontré une luxation incomplète en haut, et dans les deux cas j'ai trouvé une déchirure complète de la capsule. Mais j'ai eu occasion de me livrer à des investigations anatomiques sur des cadavres d'individus dont l'épaule avait été anciennement luxée, et j'ai rencontré ainsi que l'enseignent plusieurs chirurgiens, et que l'a écrit M. Malgaigne, *une cicatrice intermédiaire qui fait présumer que l'affrontement est rarement exact* (2). Cette solution, fait observer ce médecin, est du reste constamment baignée par la synovie et le tissu fibreux est le plus rebelle à la réunion. Le gonflement peut être abandonné à lui-même, mais il paraît plus rationnel de rapprocher les os par un appareil spécial dans le double but d'agir sur le gonflement par la compression et de rapprocher les bords de la déchirure capsulaire.

On ne doit donc pas se borner à maintenir le bras en repos ; il faut encore donner au membre une position telle que les bords déchirés de la capsule soient dans le contact le plus parfait. Si la réunion n'est pas *complète*, le tissu intermédiaire qui jouit de moins de *solidité*, enlèvera à la capsule beaucoup de la fermeté avec laquelle elle resserrait la tête humérale (3). C'est ce qui aura probablement eu lieu chez le lieutenant K.... dont l'observation a été rapportée plus haut, ainsi que chez le capitaine J.... Ce dernier officier s'était luxé l'épaule cinq fois en une année ; la seconde fois qu'il eut recours à moi, je fis usage, comme en dernier lieu chez Dubrunquet, des récommandations de M. Malgaigne, qui me paraissent les plus propres à s'opposer d'une manière efficace aux récidives de luxations de l'humérus. La faiblesse d'action qui restait dans le membre a disparu et depuis six mois aucune nouvelle luxation n'est survenue, tandis qu'elle se renouvelait auparavant à des intervalles très-rapprochés.

Mon frère a été soustrait à des récidives fréquentes, par l'usage, que lui prescrivit mon père, d'un bandage contentif appliqué après la réduction et longtemps continué.

Pendant mon séjour dans la garnison de Nieuport, en 1833, je fus appelé par une dame anglaise logée chez M. Miago, dans la rue d'Ostende ; cette dame venait de se luxer le bras, et me dit, en riant, que cet accident se renouvelait à des intervalles si rapprochés qu'il avait fourni à son mari l'occasion *d'apprendre à réduire la luxation*. Après avoir procédé à la réduction, j'appliquai un bandage exerçant sur la partie une compression assez forte, en même temps qu'il maintenait le bras fixé contre le tronc. Le membre fut condamné à un repos presque absolu pendant un trentaine de jours (1) et six mois plus tard aucune récidive ne s'était encore manifestée. Cette dame partit alors pour le Portugal où elle allait rejoindre son mari, officier au service de ce pays.

CORRESPONDANCE.

Notre impartialité nous fait un devoir d'insérer la lettre suivante que nous a adressée M. le docteur Cunier, en réponse à deux articles de M. Thirion, de Namur, qui ont paru dans ce journal à l'occasion de la publication des ouvrages de M. Eble sur l'ophthalmologie. Bien que nous ne partagions point l'opinion de l'auteur de la lettre, quant aux intentions qu'il prête à M. Thirion, nous nous abstenons de tout commentaire, lais-

extensibles et toujours humides; c'est pour cela qu'ils peuvent souffrir une violence considérable sans être rompus, bien que cette rupture ait lieu fréquemment.

(1) Ces propositions appartiennent à M. Malgaigne.

(2) Chez un sujet, le grenadier Pirquin du 4e bataillon du 2me de ligne, mort en 1833 à l'infirmerie militaire de Nieuport, je trouvai trois ruptures anciennes de la capsule et trois cicatrices intermédiaires, peu consistantes, qui paraissaient elles-mêmes avoir été rompues plusieurs fois et rendre parfaitement compte des récidives fréquentes de luxation qui avaient tourmenté Pirquin pendant les trois dernières années de son existence. Ces cicatrices intermédiaires donnaient à la circonférence de la capsule articulaire une étendue de trois lignes de plus qu'à celle du côté opposé.

(3) L'observation faite sur le grenadier Pirquin le démontre assez. Voyez la note ci-dessus.

(1) Immédiatement après la réduction, cette dame pouvait exécuter tous les mouvemens, et cet accident auquel elle s'était habituée, ne la contrariait que pour autant que la luxation ne fût point réduite. Presque toutes les personnes qui se luxent fréquemment le bras ont coutume de s'en servir immédiatement après la réduction ; on ne ferait cependant pas mal de se rappeler ce qu'a écrit Hippocrate (de articulis, sextu 29, charter. Tome XII, page 308).

« *Ceux qui après la réduction de l'article n'ayant rien d'enflammé aux environs, peuvent sur le champ faire agir le bras sans douleur croient qu'il n'y a plus rien a leur faire. Mais il convient au médecin de penser tout autrement qu'eux, parceque leur bras peut se déboiter de nouveau bien plus aisément qu'à d'autres dont les ligamens seraient enflammés.*

sant à notre collaborateur le soin de répondre s'il juge à propos de le faire. Nous accueillerons, ainsi que nous l'avons promis, tous les articles qui auraient pour but d'éclairer la question de l'ophthalmie qui règne dans notre armée, et nous accédons volontiers au vœu exprimé par M. Cunier, à la fin de sa lettre, que tous les partis se donnent rendez-vous dans le *Bulletin médical Belge*, mais nous exigerons pour première condition que cette polémique soit *modérée et toute scientifique*.

OPHTHALMOLOGIE.

Lettre adressée à M. le rédacteur en chef du *Bulletin médical Belge;* par M. FLORENT CUNIER, médecin militaire, etc., etc.

Habent sua fata libelli; quelque soit le mal ou le bien que l'on dise d'un ouvrage, il finira toujours par être apprécié à sa juste valeur. Je suis loin de m'élever contre les attaques nombreuses et parfois déraisonnables auxquelles a été récemment en butte le traité de M. BURKARD EBLE, *Ueber den Baû ûnd die krankheiten der Bindehaut des Aûges, mit besonderem bezûge auf die contagiœuse Augenentzündûng*, publié à Vienne en 1828 (1); mais l'amitié qui me lie à l'auteur m'impose une obligation dont je m'acquitte avec plaisir, quelque courts que soient les momens de santé dont je puisse disposer. Je ne parlerai ni de l'injustice ni de la mauvaise foi de ceux qui ont critiqué cette œuvre; il est trop pénible de retrouver dans ces écrits des injures, des personnalités du genre de celles qui ont envenimé les premières discussions sur l'ophthalmie qui règne dans notre armée.

Le traducteur, M. De Losen, s'est battu les flancs pour mettre sur le compte de M. Eble des contradictions sans nombre, des *consequences fausses;* mais ainsi que l'a fait observer M. Marinus, (*Bulletin médical, mars* 1836), M. De Losen *a quelquefois fait dire à l'auteur tout l'opposé de ce qu'il a écrit* dans l'original allemand. On le surprend çà et là faisant la leçon à M. Eble.

Eh! l'ami! qui te savait là!

Mais ne nous trompons pas sur le but que s'est proposé M. De Losen : il écrit à l'ophthalmologiste de Vienne :

« *Quant aux notes dont j'ai accompagné ma traduction*, s'il en est quelques-unes (celles surtout relati-
» ves à l'étiologie de la maladie) qui ne soient pas d'ac-
» cord avec votre manière de voir à cet égard, *vous ne*
» *devez les regarder que comme l'expression non d'une*
» *humeur critique, mais* D'UNE OPINION TOUTE LOCALE. »

La questa cauda non é di questo catto! s'écriera-t-on avec la créole Évangelista, de M. de Balzac. Le doute est permis; mais aux incrédules, je dirai que cette phrase.... je l'ai extraite d'une lettre que M. De Losen a adressée à M. Eble et dans laquelle il l'écrase sous des complimens, des amabilités, etc. Le traducteur veut-il savoir ce que lui vaut de la part du médecin autrichien, *l'expression de son opinion toute locale;* voici ce qu'il m'écrit :

« J'ai dû hausser les épaules de pitié en lisant les
» notes dont est accompagnée la traduction; car en
» vérité, je ne crois pas que je doive attendre des le-
» çons de M. De Losen. Je lui pardonnerais encore de ne
» m'avoir *souvent pas compris*, ou bien d'avoir A DES-
» SEIN, *détorqué mes phrases*. »

Non content de l'assommer de prétendues contradictions, etc., qu'il forge tout à son aise, le traducteur veut prouver que M. Eble est *quelque tout petit peu* compressionniste; or, écoutez à quel point il est partisan de la compression :

« Je vous remercie encore une fois, mon cher Cunier,
» des notes que vous avez jointes à votre traduction de
» mon manuscrit; elles prouvent de la manière la plus
» évidente combien notre opinion est fondée et *combien*
» *grande est la folie qui préside à celle des compres-*
» *sionnistes!* »

Après les notes du traducteur de l'ouvrage, arrivent celles qui accompagnent notre traduction du mémoire (1) insérée dans l'*Abeille* et distribuée aux médecins de l'armée malgré toute son inexactitude. M. Eble et moi regrettons de ne pouvoir nous occuper de ces notes, rédigées d'ailleurs dans le même sens que celles de M. De Losen, et dans lesquelles M. Vleminckx cherche à démontrer, que *M. Eble et lui ne sont pas tout à fait éloignés de tomber d'accord.* Nous répudions la traduction publiée dans l'*Abeille* et ne pouvons par conséquent donner aucune attention à la critique qui en a été faite.

Viennent ensuite deux articles de M. THIRION, de Namur, inserés dans les cahiers d'avril et juin du *Bulletin médical Belge* (1), et le § 10 de l'ouvrage de M. FALLOT, *de Namur, sur la simulation et la dissimulation*

(1) Cet ouvrage a été traduit de l'allemand par M. DELOSEN et publié par ordre du ministre de la guerre, sous le titre : *De la structure* et *des maladies de la conjonctive, avec des considérations particulières sur l'ophthalmie contagieuse.* Il en a été rendu compte par M. Marinus dans le *Bulletin médical* de mars 1836.

(1) Ce mémoire a été publié à Vienne sous le titre : *Ueber die in der Belgischen armee herschende aûgenkrankheit, als Commentar zü prof:* JUNGKEN'S *schrift üeber denselben gegenstand.* M. Von Kries et moi avons publié en même temps la traduction de ce mémoire sous le titre de : *Considérations sur la Blépharophthalmie catarrhale des armées, qui règne épidémiquement parmi les troupes belges.* Bruxelles in 8°, chez J.-B. Tircher, libraire de la Faculté de médecine de l'Université libre. Vienne, Librairie-*Gerold*.

(2) Ces deux articles sont intitulés, l'un : *Coup d'œil sur l'ouvrage de M.* EBLE : De la structure et des maladies de la conjonctive, avec des considérations particulières sur l'ophthalmie contagieuse, traduit de l'allemand avec des notes par M. DE LOSEN. — *Bulletin médical Belge*, mars 1836.

L'autre : *Coup d'œil sur la nouvelle brochure de M. Eble*, intitulée : Considérations sur la Blépharophthalmie catarrhale des armées, etc, traduit de l'allemand avec des notes, par J.-A. Von Kriss et F. Cunier. — *Bulletin médical*, juin 1836.

les maladies, *dans leurs rapports avec le service militaire* (1). M. Eble et moi répliquerons incessamment à ces messieurs, dont la *critique est l'expression d'une même opinion*; tous deux nous ramènent à l'opinion émise par MM. Fallot et Varlez, en 1829, et nous démontrent que M. Eble, qui a écrit son traité en 1828, ne nous apprend rien que nous ne sachions depuis 1829, *rien de nouveau*, enfin. Comme M. Fallot (ouv. cité page 51), *Je crois ne rien avancer d'anti-logique en concluant* que tout le monde partagera cet avis..... Et c'est sur cette admirable conclusion que M. Thirion s'est basé pour décider que *le livre* de M. Eble EST INUTILE A LA SCIENCE ET A L'HUMANITÉ! *Risum teneatis!* (2).

On ne lira pas sans intérêt, l'extrait qui va suivre d'une lettre que l'ophthalmologiste de Vienne m'adresse sous la date du 22 août; les passages dont je vais donner la traduction, se rapportent à M. Thirion seulement.

Mon cher ami et collègue,

« Vous vous êtes trompé; M. De Losen m'a bien » adressé un exemplaire de sa traduction de mon ou- » vrage *Ueber den Bau, etc.* . . . .
» . . . .
» Quant à M. Thirion, je puis vous prédire que les ef- » forts qu'il fait en vrai Zélote pour ravaler le mérite » que toute l'Allemagne accorde à mon ouvrage, ne ser- » viront qu'à faire reconnaître ce même mérite par la » majeure partie des médecins belges. Je ne saurais, » pour le moment, prendre la résolution de réfuter » *scientifiquement ses nombreuses investives* envers » moi; je le ferai peut-être lorsque j'aurai reçu l'envoi » que vous m'annoncez. . . . .
» . . . .
» Je vous ferai toutefois observer ici que M. De Losen et » M. Thirion surtout, me font parler catégoriquement » en plusieurs points capitaux, alors que tous ceux qui » *comprennent* l'allemand, ne verront dans mes phrases, » que l'expression d'une idée vraisemblable, d'une » chose problématique. C'est bien le cas par rapport à » ce que je dis § 12 de l'existence d'un *épiderme* sur la » conjonctive palpébrale; je l'y admets *par analogie* » et pouvais donc après cela, § 70, l'appeler sans me » contredire un *épiderme problématique*, etc. . . .
» . . . .
» Ce qu'il y a de plus vrai dans tout ce que dit M. Thi- » rion, est bien ceci : « *L'existence du corps papillaire* » *ne peut être constatée qu'avec le cerveau et les yeux* » *de M. Eble!* » Bien certainement, mon cher M. Thi- » rion, il faut avoir d'autres yeux, d'autres mains que » les vôtres pour démontrer à l'évidence l'existence du » corps papillaire de manière à ce que le doute ne soit » plus permis. Il y a partout et en toutes choses des » avantages que l'on doit posséder pour atteindre le » but. Combien petit n'est pas le nombre des médecins » doués d'un œil microscopique? Et je me trompe fort, » ou M. Thirion n'est pas beaucoup plus avancé en ana- » tomie microscopique et surtout en *anatomie fine*, » que tant d'autres qui lui ressemblent; je partage donc » entièrement à ce sujet l'avis de M. M...., qui vous » fait observer que M. Thirion *n'est pas et n'a jamais* » *été dans une position qui lui donne le droit de com-* » *pétence.* »

» Ce qui se passe aujourd'hui en Belgique s'est éga- » lement passé ici pendant les premières années qui » ont suivi la publication de mon ouvrage. La plupart » des médecins m'enviaient ou ajoutaient peu de foi à » ce que j'avançais; peu à peu la vérité s'est fait jour » et ce que j'ai avancé a été admis comme *axiôme* dans » tous les manuels d'ophthalmiatrie répandus en Alle- » magne (1). Pour ma part, je ne désirerais rien tant » que de me trouver pendant quelques jours parmi vous, » ainsi que j'ai cru pouvoir le faire; je suis bien per- » suadé que M. Thirion sortirait de mes mains tout con- » verti à la partie anatomique de mon ouvrage. Je n'ai, » en vérité, aucun motif pour retrancher un seul *iota* » à ce que j'ai écrit en 1828 sur la structure anato- » mique de la conjonctive; si ce n'est que j'ai vu de- » puis lors une injection fort bien réussie sur l'œil d'un » fœtus, où les vaisseaux de la conjonctive oculaire » étaient réellement liés entre eux et sans la moindre » interruption sur toute la cornée. Mais n'oubliez pas » qu'il n'est ici question que de l'œil d'un fœtus de trois » mois et nullement de l'œil d'un adulte chez qui l'âge » amène tant de changemens. Je puis donc, sous ce » rapport encore, m'en tenir à ce que j'ai écrit autre- » fois; personne, en effet, n'est en état de démontrer » *à l'évidence* l'existence du *feuillet conjonctival* (*Bin-* » *dehauts blättchen*) sur la cornée d'un adulte, à l'état » normal, du moins. » . . . .
. . . .

Mais M. Eble ne dira pas de même de la partie *pathologique* de son ouvrage. Ainsi que M. Von Kriss et moi l'avons fait observer page XIII de notre traduction de son dernier écrit, il ne professe plus aujourd'hui la même opinion qu'en 1828, époque à laquelle fut publié le traité qui fait l'objet de la critique de MM. De Losen et Vleminckx, de MM. Thirion et Fallot. On reconnaît facilement qu'il a modifié ses idées premières (ou plutôt *d'alors*) en comparant le § 58 de l'ouvrage

---

(1) Bruxelles, librairie de J.-B. Tircher, JUILLET 1836.

(2) En lisant les observations critiques de M. M. Thirion et Fallot, on croira nécessairement que l'ouvrage *sur la structure et les maladies de la conjonctive*, etc., est de 1836; ils n'indiquent nulle part que si la traduction a été publiée en 1836, l'original a été imprimé à Vienne en 1828. Ces deux médecins auraient-ils, par hazard, été induits en erreur sur l'époque précise à laquelle se rapporte la pub ication de l'original?

(1) M. Eble pouvait également citer ceux répandus en France. Il suffit de lire le *Manuel pratique d'ophthalmologie* de VICTOR STROEBER, de *Srasbourg*, les leçons de M. *Sichel*, pour acquérir la conviction que les travaux anatomiques de M. Eble y ont également été appréciés.

sur *la structure et les maladies de la conjonctive*, etc., et les § 2 et 3 du mémoire. Il ne donne plus ici à la maladie le nom d'*inflammation contagieuse des yeux*, mais il l'appelle : *Blépharophthalmie catarrhale des armées;* il abandonne ainsi la *différence remarquable* qu'il établissait entre l'ophthalmie contagieuse et la catarrhale (1).

C'est donc bien inutilement que M. Thirion s'est donné tant de mal pour dresser son tableau comparatif; il a combattu des moulins à vent et rien de plus. Ne devait-il pas franchement revenir de ce qu'il avait écrit d'abord, lorsqu'il a eu connaissance de la publication des *Considérations sur la blépharophthalmie catarrhale des armées, qui règne épidémiquement parmi les troupes belges?* Son intention n'aurait-elle été que de dire des injures à M. Eble, parce qu'il est allemand? C'est bien là, si je ne me trompe, ce qu'il a fait et ce qu'a fait après lui un journal dans un article portant pour titre : *M. Vleminckx et nos journaux de médecine.* C'est ainsi que M. Thirion justifie son emphatique exorde : « La vérité, a-t-il dit, est l'âme d'un livre, et l'auteur en la montrant partout donne à son ouvrage un mérite supérieur, quelque soit le sujet qui l'occupe. » Son, *suspendez votre jugement, lecteurs, jusqu'à ce que*, etc., m'a rappelé certaine fable de La Fontaine.

J'éprouve un véritable plaisir en trouvant l'occasion de mettre sous les yeux des lecteurs, dont le jugement reste *en suspens*, dans l'attente de la conclusion promise par M. Thirion, quelques extraits de ma correspondance qui prouveront comment les articles de ce critique ont été appréciés par nos notabilités médicales.

Un homme dont le nom fait autorisé dans notre pays, m'écrivait il y a quelques mois : « J'ai lu l'article de M. Thirion dans le numéro d'avril du *Bulletin médical*, et je vous assure qu'il m'a paru *dicté par la plus insigne malveillance.* »

Un autre médecin, dont la littérature médicale s'honore à juste titre, s'exprime comme suit : « M. Thirion
» met trop d'ardeur à DÉNIGRER les ouvrages d'Eble et
» surtout à ne pas vouloir qu'on les traduise. Toutefois
» il est vrai que l'on accorde peut-être trop d'impor-
» tance au savoir de nos confrères d'Allemagne, et de
» là résulte cette tendance à *ravaler leur mérite* qui a
» aussi son exagération. *In medio virtus.* A mon avis,
» les ophthalmologistes ont le tort commun des patho-
» logistes; ils s'épuisent en détails, en distinctions sub-
» tiles, minutieuses, etc., etc. »

Ces quelques lignes renferment une critique sévère, bien que modérée, de l'ouvrage de M. Eble; on peut *critiquer* sans pour cela recourir aux personnalités, sans formuler de ces phrases dignes de la plume des exjesuites Guyot-Desfontaines et Fréron. *Critique* signifie *bon juge. Il faut*, a dit Voltaire, *être un Quintilien pour oser juger les œuvres d'autrui.* Je suis loin de refuser ce titre à M Thirion; mais à coup sûr, il n'écrit pas comme Bayle écrivit sa *République des lettres;* l'impartialité semble être assez brouillée avec lui. Pourquoi attaquer l'homme au lieu de ses productions? Pourquoi aussi, ne pas mettre dans la balance les imperfections que M. De Losen rejette sur l'original (qu'il n'a souvent *pas comp.. is*, ou dont il *a détorqué les phrases*, nous dit M. Eble).

L'ouvrage de M. Eble n'a pas seulement trait à l'ophthalmie militaire. C'est bien la meilleure monographie de la structure de la conjonctive; je ne partage pas plus que M. Thirion, l'avis de M. Vleminckx qui le regarde comme *l'un des plus remarquables qui aient paru sur l'ophthalmie contagieuse.* (Voyez page 8, de sa préface, traduction de M. De Losen). Mais je serais curieux d'apprendre de M. Thirion le nom d'un auteur qui ait traité spécialement de la structure et des maladies de la conjonctive. Ce médecin a dit que *si cet ouvrage avait été traduit pour l'instruction des médecins belges dans cette maladie* (ophthalmie contagieuse) *on n'a fait que pu-*

---

(1) L'ouvrage de M. Eble, avec ces modifications et des additions considérables allait être livré à l'impression lorsque la traduction de M. De Losen me parvint et dérangea nos projets. Je me hâtai toutefois de faire paraitre les *Considérations sur la Blépharophthalmie catarrhale des armées, qui règne épidémiquement parmi les troupes belges* (*); le titre, notre préface indiquaient assez les modifications qu'avaient subi l'opinion émise par M. Eble, en 1828, sur *l'ophthalmie* qu'il appelait *contagieuse.*

J'avais fait parvenir à M. Fallot une copie, encore inexacte il est vrai, de notre traduction de ce mémoire, une année avant sa publication à Bruxelles et à Vienne; ce n'est donc pas sans étonnement que je lis, page 52 de son ouvrage, qu'il n'en a eu connaissance *que par un extrait inséré dans le Bulletin médical de mars* 1836. M. Fallot est toutefois le seul qui ait signalé l'abandon qu'avait fait M. Eble de l'idée de l'inflammation *sui generis* pour reconnaitre que la maladie n'est qu'une modification de l'ophthalmie catarrhale. L'ophthalmologiste autrichien s'attache surtout à démontrer que la contagion par l'air atmosphérique est la plus fréquente. Cette théorie n'est pas neuve; elle a été formulée par un grand nombre de médecins allemands et de notre pays avant que parût en 1829 l'ouvrage de MM. Variez et Fallot; mais la censure força les médecins militaires allemands à l'abandonner pendant leurs discussions avec les médecins civils. *Quant aux moyens prophylactiques*, qui, ainsi que le fait observer M. Fallot, (ouv. cité, page 52) *sont identiquement les mêmes que ceux formulés par lui* et M. Variez en 1829, ni lui ni M. Eble ne peuvent en faire une question de priorité; on lit, en effet, page 40 de notre traduction, qu'ils ont été prescrits par le gouvernement autrichien, lors de l'épidémie de Klagenfürth en DIX HUIT CENT VINGT DEUX et VINGT TROIS.... et M. Eble nous apprend en outre qu'ils furent proposés par une commission de médecins civils et militaires; je suis toutefois loin de reconnaître que les principaux moyens prophylactiques indiqués par MM. Variez et Fallot soient identiquement les mêmes que ceux consignés dans les *Considérations sur la Blépharophthalmie catarrhale des armées.* On trouve au contraire la coïncidence la plus frappante entre leur chapitre : *Moyens prophylactiques,* et le chapitre : *Des moyens de prévenir et détruire cette ophthalmie dans nos troupes,* et la savante *dissertation* publiée en 1819 par M. le médecin principal KLUYSKENS, professeur à l'université de Gand.

(*) Une maladie à laquelle je suis en proie a retardé jusqu'ici la publication du *supplément* à cette traduction. Il sera incessamment remis à MM. les souscripteurs.

blier l'ineptie *médicale de ceux-ci et dans ce cas, c'est une honte injuste dont l'étranger ne sera pas la dupe!....* Ouf!.... Quant à moi, je ne vois dans toute cette affaire qu'une seule *dupe*, M. Thirion, qui sacrifie tout à la suffisance de notre littérature médicale; les médecins militaires belges ne se croiront jamais déshonorés en puisant des connaissances A LA MÊME SOURCE que leurs confrères d'Allemagne. Notre littérature médicale ne sera pas plus rabaissée par cette traduction d'un ouvrage qui nous manquait, que la littérature médicale allemande, qui vaut bien la nôtre, ne souffre de de la traduction de divers ouvrages français et anglais; les Allemands ne se sont pas récriés jusqu'ici contre ce que M. Thirion appelle le *joug honteux de l'étranger, une honte injuste*, que sais-je encore?

Poussé par une envie démesurée de dénigrer M. Eble, il va jusqu'à dire que son ouvrage n'est qu'*une compilation informe où la vérité des faits a été altérée chaque fois qu'il a voulu les combattre en faveur de ses opinions incertaines et contradictoires.* Admirablement bien imaginé, M. Thirion! Je ne suis pas taquin, sinon je vous prierais de me citer les *compilés*. Je n'avancerais même *rien d'antilogique en concluant* que vous êtes quelquefois en contradiction avec vous-même. Ici M. Eble est un *compilateur;* là vous en faites un innovateur. Ici vous jetez les hauts cris contre le joug honteux des étrangers, plus loin vous invoquez leur autorité.

Mais vous, qui parlez, SANS LA RÉTABLIR, de *vérité des faits altérée*, etc., voudriez-vous nous dire pourquoi vous vous êtes presque imposé l'obligation de rapporter inexactement nos phrases, de leur donner un autre sens. Pourquoi vous vous êtes amusé à joindre une tête à une queue, à placer le tronc ensuite pour arriver à former un tout ridicule et qui prêtât à votre chasse aux contradictions? N'est-ce point là faire de la critique, *une fille de ceinture dorée?*

Je ne quitterai point la plume sans déclarer que M. Eble et moi ne répondrons ni aux invectives ni aux personnalités. Que tous les partis se donnent rendez-vous dans le *Bulletin médical Belge;* nous combattrons sans crainte de voir dégénérer en querelle une discussion aussi importante. Il peut y avoir collision sans que pour cela elle soit dure, violente, impétueuse, ainsi que semble le craindre M. Fallot.

Pour mon compte, je défendrai mon opinion sans me croire, pour cela, obligé de me constituer en tout le défenseur de l'œuvre que M. Von Kriss et moi avons traduite; il n'y a pas de traducteurs responsables sous ce rapport.

Belœil, 4 septembre 1836.

FL. CUNIER.

LITTÉRATURE MÉDICALE.

EXPOSÉ *des causes les plus fréquentes de la propagation de la maladie vénérienne, et des moyens à y opposer.* — Bruxelles, 1836. établissement encyclographique. brochure in-8° de 100 pages.

La maladie vénérienne est une des plus grandes calamités de l'espèce humaine. Elle est considérée par la plupart des peuples civilisés comme une affection déshonorante, fruit de la débauche; et cette manière de voir semble le plus souvent, en favoriser la marche clandestine. Dans ce cas, comme dans beaucoup d'autres, ce triste fléau s'attache à l'homme, le détériore, et vicie même les élémens qui servent à la reproduction de son espèce.

Il ne suffit pas de pouvoir détruire ce virus lorsqu'il se montre; il faut encore savoir empêcher qu'il puisse rester caché. Tous les hommes doivent se liguer contre cet agent connu, et faire concourir toutes les puissances de leur intelligence pour l'arrêter dans sa marche, si l'on croit sa destruction impossible.

Le Congrès médical de Belgique a parfaitement apprécié toutes ces vérités; et la question qu'il mit au concours, est pour moi la preuve la plus éclatante de la bonté de son institution et des nombreux bienfaits que la société doit en attendre....

La commission adresse son travail à M. le ministre de l'intérieur, et s'exprime ainsi :

« Un congrès médical s'est réuni à Bruxelles, en septembre 1835. Un philantrope de cette ville, voulant » que cette reunion laissât des traces durables de son » existence, mit à sa disposition une somme de 1000 fr., » pour être donnée en prix à l'auteur du meilleur mémoire sur la question que cette assemblée trouverait » le plus utile de proposer. Frappé des ravages toujours croissans de la syphilis, le Congrès jugea que » le plus grand service à rendre à la société actuelle » et aux générations futures, serait d'arrêter ou du » moins de modérer ce fléau destructeur.

» Pour répondre aux vues de l'homme bienfaisant et » modeste dont il nous est défendu de citer ici le nom, » il mit au concours la question suivante : *Exposer et » déterminer les moyens médicaux, et les mesures administratives et réglementaires les plus propres à arrêter » ou à modérer la propagation de la syphilis.* Mais là » ne se borna pas la sollicitude du Congrès : il chargea » la commission qu'il avait choisie pour décerner le » prix, de puiser ensuite dans tous les mémoires reçus » ce qu'il pourrait y avoir d'intéressant, de réunir tous » ces matériaux, d'en faire un travail complet et de le » présenter à M. le ministre de l'intérieur. Cette commission, pour remplir fidèlement et consciencieusement les devoirs qui lui étaient imposés, ne s'est pas » contentée de consulter tous les mémoires qui lui sont » parvenus (17); elle a quêté des renseignemens partout où elle a cru pouvoir en trouver..... »

L'on voit d'après l'extrait qui précède, que le Congrès a d'abord chargé une commission de juger les mémoires envoyés en réponse à la question, et que cette commission a décerné des prix ; qu'ensuite elle fut chargée de nouveau *de puiser dans tous les mémoires reçus, ce qu'il pourrait* y avoir *d'intéressant*, de réunir tous les matériaux, d'en faire un *travail complet*. Il me semble, si je ne me trompe, qu'il existe dans tout cela un contre-sens : en effet, dire que pour faire un *travail complet*, il a fallu puiser dans tous les mémoires reçus ce qui s'y trouvait *d'intéressant*, c'est au moins avouer implicitement, qu'aucun des mémoires ne réunissait les conditions voulues ; d'un autre côté, MM. les rapporteurs s'expriment d'une manière incertaine, en disant, dans leurs conclusions sur le mérite des différens mémoires, « *Si nous avons bien envisagé*, la question, *et* » *si notre comparaison est exacte, nous pensons* que » le n° 9, est celui *qui a le mieux rempli le vœu* » du Congrès.... » ; d'une troisième part, enfin, et puisque la commission permanente a décerné le 1er prix au n° 9 pour avoir le mieux rempli le vœux du Congrès, et qu'ensuite elle a fait faire par une commission un *travail complet*, nous sommes en droit de conclure, si notre syllogisme est vrai, qu'aucun des mémoires ne remplissait le vœu du Congrès, et que, partant, aucun prix ne devait être décerné.

Quoi qu'il en soit, le travail de la commission est divisé en deux parties : la première, qui s'occupe de la recherche des causes de propagation et des remèdes à y apporter, est subdivisée en deux chapitres : causes directes et causes indirectes. Le premier chapitre contient deux sections : 1° Causes directes de propagation par le coït. C'est à cette section qu'appartiennent, comme principaux foyers d'infection, les raccrocheuses, les maisons de rendez-vous, les musicos, les maisons de prostitution, les gens de guerre, les marins et les grands ateliers ; 2° causes directes de propagation par toute autre voie que par celle du coït : en première ligne figurent l'hérédité, les nourrissons, surtout les enfans-trouvés, et les nourrices ; puis le contact des objets qui ont servi à des personnes atteintes de la maladie, et enfin quelques usages dangereux.

Le second chapitre traite des causes indirectes, telles que du manque d'hôpitaux, ou de leur mauvaise organisation ; du manque de bureaux de consultations gratuites avec distribution de médicamens ; de l'absence de maisons de filles repenties ; des ateliers, de l'oisiveté et de la misère des jeunes filles ; de l'ignorance ; de l'ivrognerie ; de la mauvaise éducation du peuple et de ses préjugés ; du charlatanisme et de la vente des remèdes secrets ; de l'organisation défectueuse des commissions médicales et du célibat.

La seconde partie, qui n'est que le résumé de la première, présente, sous forme de réglemens, toutes les mesures qui ont paru être de quelque utilité.

C'est en suivant cette division que nous nous proposons de rendre compte de cette brochure, qui a pour objet l'un des points les plus importans de l'hygiène publique. Si la critique est quelquefois mêlée à ma narration, je n'ai fait qu'obéir à ma conviction, user de mon droit, chercher à rectifier l'erreur lorsque j'ai cru la reconnaître, sans intention de me prévaloir en aucune manière.

Les auteurs de ce mémoire, proposent la suppression complète de toutes les courtisannes ambulantes (coureuses de rue), tout en avouant qu'elles sont pour la plupart, le plus souvent inconnues des agens chargés de les surveiller.

A cet égard nous serions volontiers de l'avis de ces Messieurs, mais nous pensons qu'une semblable mesure est inexécutable dans toute son étendue. En effet, s'il en est, qui sont, le plus souvent, inconnues des agens chargés de les surveiller, il deviendrait au moins dangereux de chercher à les atteindre, parce que, et n'importe le moyen, la dissimulation et la ruse pouvant leur donner les apparences de la vertu, on s'exposerait souvent à les confondre avec des personnes honnêtes, et partant à porter atteinte à la liberté individuelle, aux lois de la morale, et au droit des gens.

Une fille peut-être raccrochée et céder, sans être raccrocheuse et provoquer. Dans le premier cas toute mesure dirigée contre elle serait illégale ; dans le dernier, tout serait en faveur de la conservation de la santé publique, et alors la législation devrait être protectrice pour tous, sans aucune réserve.

Nous pensons que les mesures proposées pour les maisons de rendez-vous, suffiraient pour parer aux inconvéniens, et atteindre le but principal, la découverte des infectées.

A l'égard des *maisons de prostitution*, la commission pense avec Fodéré, que les gouvernemens, en tolérant la prostitution dans les villes ne doivent pas la souffrir dans les campagnes. Les raisons qu'elle en donnent sont plausibles. Cependant nous comprenons difficilement ce passage : « Le *citadin*, né *souvent* de » parens débauchés, *hérite* d'eux une grande propen- » sion au vice. » Que le pauvre des villes trouve une cause d'entraînement à la lubricité, dans la conduite et les discours crapuleux de ceux qui l'entourent, et dans l'absence de toute éducation morale et religieuse, cela est une vérité qui est tisonée par le bon marché des alcooliques.

Ce que la commission dit relativement au nombre des maisons publiques est généralement satisfaisant ; mais nous ne partageons pas son avis lorsqu'elle avance, « qu'établir tous les lieux de débauche dans un même » quartier, comme l'ont avancé plusieurs auteurs des » mémoires envoyés au concours, serait adopter une » mesure qui tendrait plutôt à *propager la syphilis*, en » ce que les jeunes gens oisifs, dirigeant d'abord leurs » pas vers ces repaires du vice, seulement dans un but » de curiosité, pourraient finir par s'abandonner au » libertinage. » — S'il est vrai que la vue de ces maisons peut conduire au libertinage, alors il doit être avantageux de les écarter des endroits les plus fréquentés. Mais si aucun acte de provocation n'existe en aucun temps aux fenêtres des maisons publiques, etc., comme on le veut ; dans ce cas placez-les où vous-voulez..... et

quand même on les établirait dans un même quartier, je ne trouverais pas dans cette mesure une cause de propagation de la syphilis, puisque d'après le réglement proposé par la commission, pour les maisons publiques, la vérole sera en quelque sorte consignée à leur porte. Interdire l'entrée des maisons de débauche aux filles mineures et aux femmes mariées, est, comme le disent ces messieurs, une mesure reclamée par la morale et de hautes considérations d'ordre public.

Pour mieux assortir les *maisons de débauche* à toutes les bourses et à toutes les conditions, la commission a pensé devoir proposer *quatre classes*. Dans la première, les tenanciers paieront annuellement au profit de la commune 200 fr. pour chaque femme, et le prix des faveurs à payer par les cliens sera fixé à 10 fr.

Dans la seconde classe 100 fr. pour la commune, et 5 fr. pour les faveurs.

Dans la troisième 50 fr. d'une part et 2 fr. 50 de l'autre.

Dans la quatrième 25 fr. pour la commune et 1 fr. 25 pour les faveurs.

Voilà certes, une division qui sera goûtée par les amateurs, mais qui n'est pas en rapport avec la proposition momentanée de la commission, qui consiste à tolérer une maison publique de 5 à 6 filles sur 2500 habitans, et cela, indépendamment des maisons de rendez-vous. S'il était vrai, en matière de libertinage surtout, que plus les occasions sont nombreuses, plus les effets se multiplient, il faudrait craindre que cette augmentation de maisons n'en amenât une dans la débauche....

Quoi qu'il en soit, les sommes payées à la commune, seront dépensées pour la surveillance des établissemens de débauche, la visite des femmes publiques, l'érection des hôpitaux destinés aux vénériens et des maisons de refuge pour les filles repentantes.

Après cela ces Messieurs signalent 1° les causes de propagation de la maladie vénérienne inhérentes aux maisons de prostitution et à tout ce qui y a un rapport direct; 2° les moyens propres à les combattre. De ce nombre sont : les femmes insoumises ou non déclarées à la police, et le défaut de surveillance de celle-ci; omission de donner lecture des réglemens relatifs à la prostitution aux tenanciers et aux femmes de joie; mauvaise manière de faire relativement aux passeports, etc.; négligence dans la tenue des registres dans les maisons publiques et dans les bureaux de la police; l'absence de carte ou de livret appartenant à chaque fille de joie; les provocations à la débauche de la part des prostituées; les visites des femmes publiques trop rares et malfaites; les abus relatifs aux médecins visiteurs, au défaut de contrôle pour ces derniers, à la manière de les rétribuer et aux agens chargés de la police; la négligence dans l'emploi des moyens prophylactiques ou préservatifs, en ce qui les concerne; le débit des liqueurs spiritueuses dans les maisons; et enfin la sortie momentanée ou définitive des filles des maisons publiques, sans autorisation de la police et sans avoir été soumises à une visite préalable.

Ces différentes questions sont traitées longuement, mais on y rencontre, à mon avis, des choses dangereuses, inutiles et superflues.

D'abord, la commission veut que l'on enjoigne aux tenanciers des maisons publiques, d'avoir chez eux constamment à leurs frais, un homme convenablement instruit dans un hôpital, chargé de visiter les cliens; tandis que pour les maisons de rendez-vous, ce serait une femme qui visiterait les hommes et les femmes qui s'y rendent.

Malgré toutes les précautions, les amendes, etc., que la commission indique pour retenir le préposé dans les règles de ses devoirs, je pense qu'en le laissant *le salarié du tenancier,* il resterait susceptible de corruption. D'un autre côté, un semblable individu, deviendra-t-il jamais apte à remplir exactement les fonctions dont on veut le charger? La commission accuse les régences de s'être montrées peu difficiles dans le choix de médecins délégués à la visite des prostituées, et c'est, d'après elle, la cause que la plupart de ceux qui se chargent de ces désagréables fonctions ne sont guidés que par l'appât du lucre et aucunement par l'amour d'accomplir un devoir utile à leurs concitoyens. S'il en est ainsi de la plupart des médecins visiteurs, qu'en sera-t-il de ces hommes du peuple *salariés par les tenanciers?* C'est afin de prévenir ces espèces de transactions entre les médecins, les tenanciers et leurs filles, que la commission propose de faire rétribuer les premiers par les communes (p. 22) au lieu de les faire payer directement par les femmes ou les tenanciers.

Quant à la femme préposée pour la visite des deux sexes dans les maisons de rendez-vous, je pense que la morale qui survit dans ces lieux de débauche s'oppose à une semblable mission, digne d'un conte de Bocace.

Mais puisqu'une question d'argent ne doit jamais arrêter une question de santé publique, n'aurait-il pas été plus convenable de charger un médecin de ces diverses visites?

On propose ensuite une foule de moyens prophylactiques ou préservatifs; et afin que les intéressés en connaissent bien les principaux, la manière de les employer, et l'importance de leur usage, on exige qu'il soit placé dans chaque chambre de prostituée, *quatre tableaux*, deux représentant les organes génitaux de l'homme et de la femme à l'état sain et à l'état malade; le troisième renfermera l'instruction suivante :

1° Pour l'homme, avant l'acte :

Ne point uriner. — Visiter les parties sexuelles de la femme après avoir consulté le tableau précité, et s'il en résulte le moindre doute, ne pas la voir. *S'il a*, au contraire, *la certitude* que *la femme est saine*, il lui enjoindra de se laver les parties et d'injecter le vagin, avec une solution de chlorure de chaux. On pourra, pour les deux dernières injections remplacer les chlorures, par une solution convenable de *sublimé corrosif*, faire suivre enfin une injection huileuse dans ces mêmes organes, ou une onction aussi complète que possible avec le cérat. Alors lui-même il s'enduira le membre

viril d'une couche épaisse de cérat ou d'onguent mercuriel par dessus laquelle il passera un condom de bonne qualité. Il aura soin de prolonger l'acte le moins de temps possible.

Après l'acte :

Uriner immédiatement, s'empresser de se laver soigneusement les parties génitales *avec les solutions dont on vient de parler,* et avec elles, se faire *plusieurs* injections dans le canal de l'urètre; après quoi, se laver soigneusement les mains, ensuite les lèvres, et se rincer bien la bouche avec de l'eau fraîche.

4me tableau, indiquant les moyens préservatifs destinés à la femme. Il est à peu de chose près le même que celui destiné à l'homme, sinon que si, après examen des parties de celui-ci, elle n'a pas la *conviction* qu'il est sain, alors elle le refusera, *quand même le préposé aurait décidé le contraire.*

De deux choses l'une, ou bien le service de visiteurs est mal fait, et alors ceux-ci deviennent inutiles et tous les moyens préservatifs sont bons; ou bien les visites sont exactes, et dans ce cas, cette grande toilette du membre viril, etc., etc., sont superflues, gênantes et ridicules.

A quoi servira le condom, à l'homme qui vient d'acquérir la *certitude* que la femme est saine? Pourquoi des solutions de *sublimé corrosif,* dans les maisons de prostitution, où l'état des parties sexuelles est continuellement apprécié, et où le crime ami de la débauche pourrait s'y exécuter avec préméditation à l'aide de cette solution?

Et quelle confiance éphémère la commission accorde-t-elle aux préposés à la visite des cliens, puisqu'elle ordonne aux prostituées de contrôler leurs fonctions et de refuser celui qui vient d'être visité par lui, si elle n'a pas la conviction qu'il est sain! Et ne craint-on pas l'action nuisible du mercure en prescrivant à l'homme de s'oindre le membre viril avec l'onguent mercuriel! il y a donc dans toutes ces mesures un mélange de vérités et d'erreurs. Partout cependant se montre l'idée de bien faire; mais souvent cette intention louable est ternie par des propositions inexécutables ou inutiles. Et au sujet des visites, je le repète encore, le médecin est pour moi le seul homme qui convienne; mais je prévois l'objection qu'on pourrait me faire, la difficulté qu'il y aurait d'avoir pour chaque maison un médecin en permanence; tout en convenant de sa justesse, je dirai que si la chose était possible, on trouverait chez lui plutôt que chez toute espèce de *préposé*, l'équité et la conscience des devoirs, surtout dans une question qui concerne la santé publique et si inhérentes à ses études, à ses sentimens et à sa profession. C'est aussi par ces raisons puissantes, qui, dans la société élèvent le médecin à un rang distingué, qu'il faut, comme la commission le propose, éloigner de lui le simple soupçon de corruption en le salariant convenablement. Certes, la commission n'a pas méconnu les qualités sociales du médecin puisqu'elle veut qu'il soit payé par la commune, *afin de ne plus ravaler sa noble profession* en tendant la main à une débauchée pour recevoir son salaire.

L'auteur du premier mémoire couronné me semble ne pas avoir songé à tout cela, lorsqu'il a écrit que « les » démêlés qui pourraient s'élever dans les maisons pu- » bliques entre les tenans et les filles, seront applanis » par le médecin, et au besoin par la police. »

Mais j'aime à croire qu'en écrivant ces lignes, il était plutôt entraîné par l'idée de la grande nécessité du médecin dans ces lieux de débauche, que par l'intention de lui donner là, une charge d'agent de police.....

Enfin, pour en finir, au sujet des précautions à prendre dans les maisons de prostitution nous dirons que nous approuvons la proposition d'y former une caisse d'épargne destinée à secourir les filles qui renoncent à leur métier abject pour rentrer dans la vie commune, afin d'empêcher ainsi qu'on les y retienne forcément jusqu'à liquidation de leurs dettes.

Une mesure également bonne, c'est celle qui probibe le débit des liqueurs spiritueuses, non pas que nous pensions avec la commission « que débiter ces boissons » dans les maisons publiques, c'est fournir des ali- » mens à la maladie vénérienne, parce que les bois- » sons de cette nature poussent l'homme à se livrer à » l'acte réproducteur. »

Les maisons de rendez-vous, ou de *passe,* sont maintenues par des motifs rationnels; et les mesures propres à arrêter ou au moins à modérer la propagation du mal vénérien, sont pour elles, les mêmes que celles indiquées pour les maisons de prostitution. On propose aussi de les diviser en deux classes : les tenanciers de la première payeront 100 francs à la commune, tandis que ceux de la seconde ne payeront que 50 francs. Ces rétributions serviront à couvrir en partie les frais nécessités, comme il a été dit pour les maisons de prostitution. MM. les rapporteurs terminent cet article en manifestant leur profonde indignation sur ces misérables qui trafiquent de l'innocence des jeunes filles mineures. « Nous appellerons, disent-ils, de toutes nos » forces, la vengeance des lois sur la tête de ces êtres » dépravés, que la police doit traquer comme des bêtes » fauves, jusqu'à leur entière destruction. »

Relativement aux maisons de danse (*musicos*), dans les villes maritimes, et quoiqu'elles n'existent pas dans ce royaume (je pensais qu'Anvers en possédait deux), la commission a étendu ses vues philanthropiques au-delà des limites de la Belgique. Après avoir fait un tableau parfait de ce qui s'y passe, elle propose des mesures sages et convenables pour éviter que les orgies se commettent ailleurs que dans les maisons de rendez-vous ou de prostitution. C'est spécialement sur les agens de la police que pèse la surveillance, et afin de stimuler ces fonctionnaires, on propose d'accorder des récompenses aux plus zélés. La commission n'ose proposer la suppression de ces maisons. Cette coutume ancienne se demande-t-elle, peut-elle être abolie sans danger pour la morale publique et pour la sécurité des femmes honnêtes?

Nous pensons que oui, et nous fondons notre opinion sur celle de la commission; voici comment : elle défend

» prostituées de « parader aux fenêtres de leurs maisons, dégarnies de rideaux (F. p. 17), dans une mise indécente et propre à exciter les désirs de la jeunesse. Qu'une telle conduite de la part de ces débauchées, stimule fortement les passions de quelques jeunes gens inexpérimentés, et les attire dans ces repaires du libertinage où ils n'avaient nullement l'intention d'entrer avant d'avoir été fascinés par la vue de ces messalines. » Tout cela est parfaitement exact; mais il cesse de l'être et son but est manqué, dès que vous maintenez les *musicos ;* en effet, ces maisons sont fréquentées aussi par des étrangers que la simple curiosité y attire. C'est en quelque sorte un usage, dit-on, de visiter les *musicos*, lorsqu'on séjourne dans une ville maritime. Ces maisons de danse dont la fréquentation est consacrée par l'usage, où l'on va comme au spectacle, ne sont réellement que des salons d'exposition de filles publiques dont la séduction est le but principal, et les moyens, la lubricité de leurs costumes et de leurs gestes. Il est donc évident que les inconvéniens que vous voulez éviter d'un côté, vous les laissez exister de l'autre en conservant les *musicos*. Mais l'art. 11 du *réglement* pour les maisons de prostitution. défend aux filles de ces derniers lieux d'y paraître; et ainsi, puisque vous les frappez d'une proscription presque entière, autant valait, à mon avis, proclamer l'entière abolition.

La commission établit, avec raison, que la plupart des militaires gagnent la maladie vénérienne par la fréquentation des coureuses de rue, vont le plus souvent la répandre dans leur contrée, et que l'ivresse est presque toujours la cause première de cet abandon irréfléchi... Afin d'obvier à tous ces inconvéniens, elle propose des mesures sages et sévères à l'aide desquelles le militaire infecté ne saura cacher sa maladie : elle veut même qu'il soit visité chez lui par un médecin de son canton ; et qu'il désigne, lorsque la chose est possible, la fille qui l'aura infecté.

Rien non plus n'a été oublié pour découvrir et traiter la maladie, dans la marine et dans les grands ateliers. Pour ces derniers, faire comprendre aux ouvriers les dangers de la négligence et les engager par des récompenses pécuniaires à déclarer leur maladie, est, sans doute, une bonne idée.

A l'égard des causes directes de propagation, par toute autre voie que par celle du coït, un résumé exact en contient toutes les espèces. C'est surtout pour ce qui est relatif à l'infection de l'enfant (né ou à naître), par la mère, puis de celle-ci par un enfant qu'elle allaite, que la commission n'a rien négligé pour faire découvrir la source du mal, et adopter l'espèce de traitement qui convient. Elle indique aussi une série d'objets qui, après avoir servi aux vénériens, peuvent devenir l'intermédiaire de la contagion. Tout cela est marqué au coin de la plus parfaite exactitude ; mais je dois avouer que tout en admirant ces conseils prudens, il m'est impossible de les concilier avec le projet de faire travailler dans les hôpitaux civils, les vénériens et les vénériennes, pour vendre ensuite les objets qu'ils auront faits, etc.

Le chapitre deuxième, traite des causes indirectes de la propagation de la syphilis. Le manque des hôpitaux pour le traitement des vénériens ou leur mauvaise organisation, fixe d'abord l'attention de la commission. Elle relate une vérité désolante, qui consiste pour beaucoup de villes, dans le manque d'hôpitaux particuliers pour les vénériens, et l'exclusion de ceux-ci des hospices de secours. Cette proscription anti-hygiénique et inhumaine, entretient la syphilis dans la classe pauvre, comme le vaccin dans les maternités. Tout cela est de la plus parfaite exactitude pour Namur, par exemple, où la vérole marche sans rencontrer *aucun* obstacle ; où l'infecté chassé par la misère et le désespoir se trouve enfin obligé d'entrer au dépôt de mendicité pour s'y faire guérir, puis s'éloigner furtivement.

La commission signale aussi comme un vice, dans les hôpitaux où les vénériens sont reçus, l'habitude de les traiter durement, et prouve que la plus simple philanthropie exige que l'on ait pour eux, les mêmes égards que pour les autres malades.

Elle indique ensuite une foule d'améliorations qu'il est indispensable d'introduire dans ces hospices, afin d'y attirer les malades, au lieu de les en éloigner comme cela existe. Elle préfère les hôpitaux ordinaires à un hôpital spécial, afin que l'idée de honte et de réprobation qui s'attache au second, ne retienne pas les malades. Après cela vient un projet bien conçu, des améliorations qu'il faudrait introduire dans l'administration des hôpitaux, etc., etc.

Une mesure qui lui paraît fort bonne et qui mérite, à son avis, de fixer l'attention des administrations municipales et des hôpitaux, est celle proposée par M. le docteur Peetermans (l'un des trois concurrens à qui la commission a décerné une médaille d'encouragement), laquelle consiste à donner à leur sortie de l'hôpital, une récompense de 5 francs, à tous les indigens qui seraient venus volontairement s'y faire traiter.

J'apprends avec plaisir que cette heureuse idée vient de M. le docteur Peetermans ; mais je vois à regret que la commission n'ait pas en temps opportun cité le nom des autres auteurs des mémoires envoyés au concours, et dans lesquels elle dit avoir puisé...

Une autre mesure également bonne, et qui a encore été proposée par M. Peetermans c'est celle d'isoler les prostituées des autres vénériennes ; les hommes d'une immoralité reconnue d'avec les jeunes gens inexpérimentés. Enfin l'on voudrait aussi une division pour les vénériens payans.

La commission expose avec exactitude, tous les avantages attachés aux bureaux de consultations gratuites avec distribution de médicamens ; elle en trace le mode d'organisation ; les précautions que réclament les sexes lors de la visite ; celle de toujours rechercher la source de l'infection ; enfin elle exhorte par de puissans motifs, les régences à provoquer l'érection de ces établissemens et à les protéger. Ces mesures seraient très-avantageuses pour les villes qui ne possèdent pas de bureaux de bienfaisance organisés convenablement ; mais elles sont sans but pour les localités où ces derniers sont établis et auxquels sont attachés des médecins et des chi-

rurgiens pour les indigens. La commission fait aussi ressortir toute l'utilité des maisons de refuges ou de repenties ; et afin de prouver sans replique combien ces établissemens sont à la fois précieux et puissans contre la débauche et le libertinage, elle donne une description aussi intéressante que détaillée de celle de Bruxelles, où le triomphe de la morale sur la prostitution a quelque chose qui tient du prodige.

Le manque d'ateliers, l'oisiveté et la misère, sont ensuite l'objet des réflexions de la commission ; c'est particulièrement pour les femmes qu'est faite cette partie du mémoire : elle montre parfaitement comment toutes ces causes conduisent à la prostitution, et indique les moyens d'y obvier.

L'ignorance du peuple par rapport aux nombreux dangers attachés à la maladie vénérienne, est certainement une source féconde de la propagation de celle-ci. Le remède est tout entier dans l'instruction, mais elle doit être à la portée de toutes les intelligences. Pour réussir, il faut donc deux espèces de livres : l'une pour les gens du peuple, et l'autre pour la classe plus instruite. Voilà ce que la commission propose ; et elle desire que le Congrès médical, dans sa prochaine session, en fasse le sujet de deux prix. Avec elle, nous sommes convaincus qu'on obtiendrait les résultats les plus avantageux de pareilles publications. Le livre de Tissot sur l'onanisme en est la preuve irrécusable.

On signale ensuite les nombreux et pernicieux effets de l'ivrognerie, que l'on range parmi les causes indirectes les plus puissantes de propagation de la syphilis, et la commission pense que les moyens propres à détruire cette habitude abrutissante sont : 1° une forte augmentation d'impôts sur les boissons alcooliques ; 2° l'institution de Sociétés de tempérance. Elle fait aussi ressortir tout le bien qui résulte d'une bonne éducation ; par elle on se prémunit contre le vice, et l'on fait pressentir de bonne heure quelle est la règle de conduite que l'honnête homme doit suivre dans la société, sous le rapport moral, hygiénique, industriel, etc., etc.

Le *charlatanisme* est considéré dans ce travail, avec raison, comme une plaie de la société ; la commission s'attache spécialement à l'espèce qui se mêle de l'art de guérir et surtout du traitement des maladies vénériennes ; elle fait ressortir toute la gravité des inconvéniens attachés aux annonces fastidieuses placardées partout, propagées par les journalistes, et tolérées par les commissions médicales. La raison, la philanthropie et les lois réclament hautement contre ce lucre rafiné qui dégrade l'art de guérir, favorise la destruction humaine ou sa détérioration. Ce n'est pas à dire en effet parce que telle académie aura reconnu telle substance ou composition bonne dans tel cas de maladie, qu'il faille en autoriser la vente sans la prescription du médecin ; s'il en était ainsi il ne faudrait plus faire que des médecins-pharmaciens. Mais, puisqu'il en est autrement et que tout prouve que l'art pharmaceutique doit rester séparé des autres branches médicales, c'est au médecin seul qu'appartient la connaissance de l'homme et de ses maladies, partant d'apprécier les divers cas pathologiques qui réclament l'emploi de tel ou tel agent thérapeutique. Tout ce qui se fait contrairement à cette règle conduit aux erreurs les plus graves, tantôt en laissant marcher la maladie, d'autres fois en la compliquant, parce que l'on agit contrairement à l'indication ; et enfin, parce que, souvent on donne au travail morbide, le temps de détruire les organes où il siége.

La commission permanente du Congrès propose ensuite de substituer aux commissions médicales des conseils de salubrité publique. Elle se fonde sur ce que les premières, organisées comme elles le sont, ne remplissent que fort imparfaitement le but dans lequel elles ont été instituées. Vient ensuite le mode d'organisation des conseils de salubrité pour la capitale, les chefs-lieux de province, et les autres villes du royaume.

Le *célibat*, disent ces messieurs, contribue à entretenir la prostitution et par conséquent la maladie vénérienne. Ils ajoutent, après avoir exposé quelques motifs allegués par les célibataires en faveur de leur résolution, que les gouvernemens devraient favoriser les mariages des classes malheureuses en créant des ateliers, des écoles gardiennes, en leur procurant de l'emploi et en diminuant leurs charges ; tandis qu'ils devraient mettre quelques impôts personnels sur les célibataires des classes aisées, préférer pour les emplois les gens mariés, et surtout donner à ceux-ci, de préférence, de l'avancement.

Je ne pense pas que cette manière de voir rencontrera beaucoup d'adeptes. Quand même on penserait avec elle que le célibat contribue à entretenir la prostitution, on admettrait difficilement, ce me semble, qu'il contribue à entretenir la maladie vénérienne. Dans le premier cas, serait-ce un motif suffisant pour frapper d'impôts les célibataires, les éloigner des emplois, et les priver de l'avancement ? une semblable inconstitutionnalité, en la supposant admise, ne serait-elle pas d'une exécution impossible à cause des nombreuses et puissantes raisons qui surgiraient contre une pareille mesure ? D'ailleurs la commission a répondu à tout cela et paré aux inconvéniens en admettant que « Les gouvernemens sages doivent tolérer la prostitution, chercher à la régulariser et surtout veiller avec le plus grand soin à ce qu'elle n'entraîne pas après elle des maux et des désordres funestes pour la société » (page 4).

Des dispositions administratives et réglementaires en 122 articles, terminent le travail de la commission ; elles sont les corollaires de tout ce qui est exposé dans le corps de l'ouvrage.

E. Thirion, D.-M.

Le Rédacteur en chef,
Dr Marinus.



Encyclographie

DES

SCIENCES MÉDICALES.

RÉIMPRESSION GÉNÉRALE

DES

OUVRAGES PÉRIODIQUES SUR CES SCIENCES, PUBLIÉS EN FRANCE,

Savoir :

LANCETTE FRANÇAISE, GAZETTE DES HOPITAUX;
GAZETTE MÉDICALE DE PARIS.
JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE, ETC.;
BULLETIN CLINIQUE;
JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICALES;
JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES;
REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE;
ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE;
ARCHIVES HOMOEOPATHIQUES;
ANNALES D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE MÉDECINE LÉGALE;
BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE ET CHIRURGICALE;
ANNALES DE CHIMIE ET DE PHYSIQUE;
JOURNAL DE PHARMACIE ET DES SCIENCES ACCESSOIRES;

BRUXELLES,
ÉTABLISSEMENT ENCYCLOGRAPHIQUE, FAUBOURG DE FLANDRE.

1836.

LA LANCETTE FRANÇAISE,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

SEPTEMBRE 1836.

N° 104. — 1er Sept.

Ordonnance relative à l'organisation du service de santé des armées.

(Suite du numéro précédent.)

Titre IV. *Des concours.*

Art. 12. L'emploi de chirurgien élève, les grades de chirurgien aide-major et de pharmacien aide-major, sont donnés au concours.

Les emplois dans le professorat sont également donnés au concours.

Art. 13. Des jurys médicaux, dont la composition varie suivant la nature des examens et des concours, sont chargés de prononcer sur le mérite des candidats.

Pour l'admission des chirurgiens élèves, le jury médical est présidé alternativement par l'un des officiers de santé en chef de l'hôpital dans lequel les examens ont lieu.

Dans les hôpitaux d'instruction, le jury est présidé alternativement par l'un des premiers professeurs.

Dans le concours pour les grades de chirurgien sous-aide, chirurgien aide-major et pharmacien aide-major, le jury est présidé alternativement par l'un des inspecteurs du service de santé.

Dans le concours pour le professorat, la présidence est exercée par un inspecteur du service de santé de l'une des trois professions : cet inspecteur est désigné par notre ministre de la guerre.

Art. 14. Le sous-intendant militaire ouvre le concours et y assiste, et s'assure que le jury médical procède conformément à ce que prescrit le réglement et le programme du concours.

Lorsque les examens scientifiques sont terminés, le sous-intendant militaire recueille les votes du jury, et, d'après le résultat de leur dépouillement, il établit, séance tenante, la liste nominative, par ordre de mérite, des candidats qui ont satisfait au concours. Cette liste est signée par le jury.

Avant le vote du jury médical, le sous-intendant militaire fait connaître les titres antérieurs de chaque candidat, de manière à faire apprécier le mérite de sa conduite et de ses services.

Titre V. *De l'admission, de l'avancement dans le corps des officiers de santé militaires, et du placement.*

Des élèves.

Art 15. Tous les ans, du 1er au 16 août, il est ouvert à Paris, Metz, Strasbourg, Lille, Lyon et autres villes que désigne notre ministre de la guerre, un concours public pour l'admission d'un nombre déterminé de chirurgiens élèves.

Les matières sur lesquelles doit porter l'examen sont indiquées dans un programme arrêté par notre ministre de la guerre, sur la proposition du conseil de santé.

Ce programme est publié, chaque année, le 1er juin au plus tard.

Il indique le nombre d'élèves à admettre.

Art 16. Les candidats se font inscrire à l'intendance militaire de l'une des villes où les concours ont lieu. Ils doivent y être rendus, à leurs frais, le 30 juillet au plus tard.

La voie du sort désigne l'ordre dans lequel ils seront examinés.

Art. 17. Nul ne peut se présenter au concours s'il ne justifie :

1° Qu'il est Français;

2° Qu'il a plus de seize ans et moins de vingt-un ans au 1er janvier de l'année du concours;

3° Qu'il remplit toutes les conditions d'instruction exigées par les facultés de médecine pour être admis à prendre des inscriptions;

4° Qu'il n'est atteint d'aucune infirmité qui le rende impropre au service militaire : cette justification a lieu sur la production d'un certificat délivré par un officier de santé militaire du grade de major ou d'aide-major en activité de service, et dûment légalisé.

Art. 18. Dans les hôpitaux ordinaires, le jury chargé de procéder aux concours annuels d'admission des élèves est composé de trois officiers de santé en chef de l'hôpital militaire et de deux autres officiers de santé dont le choix est laissé à l'intendant militaire de la division. Dans les hôpitaux militaires d'instruction, le jury est composé de trois professeurs et de deux officiers de santé désignés par l'intendant militaire.

Art. 19. Aussitôt que les concours sont terminés, l'intendant militaire transmet au ministre de la guerre



la liste nominale des candidats qui y ont satisfait. Il accompagne cet envoi des compositions écrites de chacun des concurrens.

Art. 20. Ces états de candidature et les compositions écrites sont communiqués au conseil de santé des armées. Ce conseil dresse une liste par ordre de priorité de tous les candidats jugés admissibles aux emplois d'élève. Il la présente au ministre de la guerre, qui, après l'avoir approuvée, fait expédier les lettres d'admission, suivant l'ordre indiqué par cette liste, et en raison du nombre d'emplois disponibles.

Art. 21. Les jeunes soldats pourvus d'un emploi de chirurgien élève obtiennent un sursis de départ pendant toute la durée de leurs études, et jusqu'à leur promotion au grade de sous-aide. En cas de licenciement, ils sont incorporés dans un régiment, si la portion de la classe à laquelle ils appartiennent a été appelée à l'activité.

Art. 22. Les élèves doivent être rendus, le 15 octobre, à l'hôpital d'instruction qui leur est assigné. Passé le délai du 1er novembre, ceux qui n'ont pas rejoint sont considérés comme démissionnaires et remplacés dans l'ordre de la liste générale, à moins qu'ils n'aient obtenu, pour cause légitime, l'autorisation de différer leur départ.

Art. 23. La durée du cours complet d'instruction est de trois ans : deux ans aux hôpitaux d'instruction, un an à l'hôpital de perfectionnement.

Cependant les élèves peuvent être autorisés à passer une troisième année aux hôpitaux d'instruction, et une deuxième année à l'hôpital de perfectionnement, si des circonstances graves leur ont occasionné une suspension de travail : les jurys d'examen sont juges de la validité des motifs allégués par les élèves.

Art. 24. Dans les hôpitaux d'instruction, les élèves seront répartis en deux divisions :

La seconde division comprend les élèves nouvellement admis;

La première division se compose des élèves qui ont complété les cours de la deuxième division.

Les élèves passent de la seconde division à la première, d'après un examen qu'ils subissent à la fin de chaque année scolaire.

Les élèves de la première division qui ont achevé les cours, subissent des examens pour passer à l'hôpital de perfectionnement à Paris.

Les examens que les élèves ont à subir pour passer de la deuxième division à la première division, et de la première division à l'hôpital de perfectionnement, ont lieu chaque année au mois d'août, d'après un programme arrêté par le conseil de santé, approuvé par le ministre de la guerre, et transmis chaque année aux professeurs des hôpitaux d'instruction, par l'intermédiaire de l'intendant militaire.

Il est procédé à ces examens par un jury composé des officiers de santé, professeurs, de tous grades et des trois professions. L'intendant militaire de la division arrête la liste des élèves qui doivent passer de la deuxième division à la première division, et de la première division à l'hôpital de perfectionnement.

Les élèves qui, après la deuxième ou troisième année de séjour dans les hôpitaux d'instruction, ne peuvent satisfaire aux examens pour passer à l'hôpital de perfectionnement, sont signalés par l'intendant militaire au ministre, qui prononce leur licenciement.

La liste des élèves de la deuxième et troisième année reconnus susceptibles d'être admis à l'hôpital de perfectionnement, est transmise par l'intendant militaire au ministre de la guerre, qui fixe l'époque du départ des élèves pour l'hôpital de perfectionnement.

Art. 25. Dans les hôpitaux d'instruction et de perfectionnement, les élèves sont soumis à la discipline militaire.

Lorsqu'un élève a commis une faute assez grave pour être licencié, la proposition du licenciement est soumise par l'intendant militaire au ministre de la guerre, qui prononce; elle est accompagnée d'un rapport motivé des officiers de santé en chef de l'hôpital d'instruction ou de perfectionnement, et de l'avis du sous-intendant militaire.

Du grade de chirurgien sous-aide.

Art. 26. Nul ne peut être nommé chirurgien sous-aide s'il n'a servi comme élève au moins deux ans dans les hôpitaux d'instruction, et un an dans l'hôpital de perfectionnement.

Art. 27. Chaque année, au mois d'août, les élèves de l'école de perfectionnement subissent, d'après un programme arrêté par le conseil de santé et approuvé par notre ministre de la guerre, un concours qui a pour but de faire connaître les élèves susceptibles d'être promus au grade de chirurgien sous-aide.

Le jury d'examen est composé d'un inspecteur du service de santé, président; de deux professeurs de l'hôpital de perfectionnement, et de deux officiers de santé principaux ou autres, désignés par notre ministre de la guerre.

Après le concours, le jury forme la liste générale, par ordre de mérite, des élèves jugés admissibles au grade de chirurgien sous-aide.

Art. 28. Les notes tenues sur la conduite des élèves entrent en ligne de compte pour le classement sur cette liste.

Art. 29. Les élèves qui, après deux ans d'étude à l'hôpital de perfectionnement, ne peuvent satisfaire aux examens de sortie, sont licenciés par notre ministre de la guerre, sur le rapport de l'intendant militaire de la première division.

Art. 30. La liste des élèves jugés admissibles au grade de chirurgien sous-aide est adressée par l'intendant militaire au ministre, qui, après l'avoir approuvée, la rend publique par la voie du journal militaire.

Les élèves portés sur cette liste sont pourvus, savoir :

Les quatre premiers candidats inscrits, des emplois de chirurgiens sous-aides vacans dans les hôpitaux d'instruction;

Les autres candidats, par ordre d'inscription, des em-

plois de chirurgien sous-aide vacans dans les hôpitaux ordinaires.

Art. 31. Les chirurgiens sous-aides des hôpitaux ordinaires passent, par rang d'ancienneté de grade, dans les hôpitaux d'instruction, au fur et à mesure des vacances.

Les chirurgiens sous-aides des hôpitaux d'instruction passent, d'après leur rang d'admission dans ces hôpitaux, à l'hôpital de perfectionnement et dans les hôpitaux de Paris.

Art. 32. Les élèves promus au grade de chirurgien sous-aide comptent, comme service effectif pour la retraite et la reforme, le temps qu'ils ont passé en qualité d'élève dans les hôpitaux d'instruction et à l'hôpital de perfectionnement, depuis qu'ils ont atteint leur dix-huitième année.

Du grade de chirurgien aide-major.

Art. 33. Nul ne peut être chirurgien aide-major s'il n'a servi au moins trois ans comme chirurgien sous-aide, et s'il ne justifie du diplôme de docteur en médecine.

Art. 34. Tous les ans, du 16 noût au 15 octobre, les chirurgiens sous-aides de l'hôpital de perfectionnement et des autres hôpitaux de Paris, ayant au moins un an d'étude dans ces mêmes hôpitaux, concourent ensemble pour le grade de chirurgien aide-major dans les régimens de ligne.

Le jury d'examen est composé :

1° D'un inspecteur du service de santé, président ;

2° De trois professeurs de l'hôpital de perfectionnement, et de trois officiers de santé désignés par le ministre.

Ce concours a pour but de faire connaître,

1° Les sous-aides susceptibles d'obtenir le grade d'aide-major ;

2° Les sous-aides qui ne satisfont pas aux conditions exigées pour obtenir de l'avancement.

Art. 35. Les chirurgiens sous-aides reconnus susceptibles d'avancement sont inscrits par ordre de mérite sur une liste d'avancement.

Les dispositions de l'art. 28 leur sont applicables pour leur classement sur cette liste.

Après le concours annuel, ils passent de l'hôpital de perfectionnement et autres hôpitaux de Paris dans les hôpitaux ordinaires, pour y attendre leur nomination au grade de chirurgien aide-major.

Les chirurgiens sous-aides portés sur la liste d'avancement, et qui sont munis du diplôme de docteur en médecine, sont tous nommés aides-majors dans les corps de la ligne, au fur et à mesure des vacances, moitié d'après l'ordre de leur inscription sur la liste d'avancement, moitié au choix.

Le choix s'exerce sur les dix premiers candidats inscrits sur les listes de chaque année.

Art. 36. Les chirurgiens sous-aides que le jury n'a pas reconnus aptes à l'avancement, sont renvoyés dans les hôpitaux d'instruction : après une année, ils sont appelés de nouveau à l'hôpital de perfectionnement. Si, après une année passée dans cet hôpital et l'épreuve d'un nouveau concours, ils ne sont pas compris sur la liste d'avancement, ils sont envoyés dans les hôpitaux ordinaires ; mais préalablement le jury s'assure s'ils continuent à remplir les conditions voulues pour occuper l'emploi même dont ils sont revêtus. En cas de négative, le jury établit une proposition de retrait d'emploi régulièrement motivée, et le ministre de la guerre la soumet à notre sanction.

Renvoyés dans les hôpitaux ordinaires, ils ne sont plus admis à rentrer dans les hôpitaux d'instruction et à concourir de nouveau à l'hôpital de perfectionnement à Paris, que sur une décision spéciale du ministre, prise d'après la proposition des officiers de santé en chef des hôpitaux où ils sont employés et l'avis de l'intendant militaire.

Art. 37. Nul chirurgien aide-major ne peut être placé dans une arme spéciale, dans un hôpital militaire de l'intérieur ou dans un poste sédentaire, s'il n'a servi en ladite qualité au moins deux ans dans un corps de la ligne ou dans les ambulances ou hôpitaux d'une armée active.

Les chirurgiens aides-majors de la ligne, des hôpitaux et ambulances aux armées sont placés dans les corps d'armes spéciales, dans les hôpitaux de l'intérieur et dans les postes sédentaires, moitié à l'ancienneté, moitié au choix.

Les candidats aux choix sont annuellement présentés par les inspecteurs-généraux d'armes pour ce qui concerne les officiers de santé du corps, et les intendans militaires pour ce qui concerne les officiers de santé des ambulances et hôpitaux militaires.

Du grade de chirurgien-major.

Art. 38 Nul ne peut être chirurgien-major s'il n'a servi au moins quatre ans dans le grade de chirurgien aide-major, et s'il n'est docteur en médecine.

Art. 39. Les chirurgiens aides-majors employés dans les hôpitaux militaires, les postes sédentaires et les armes spéciales, sont seuls promus au grade de chirurgien-major dans les régimens de ligne, moitié à l'ancienneté, moitié au choix.

Les candidats au choix sont annuellement présentés par les inspecteurs-généraux d'armes et les intendans militaires.

Art. 40. Nul chirurgien-major ne peut être placé dans une arme spéciale, dans un hôpital militaire de l'intérieur ou dans un poste sédentaire, s'il n'a servi en ladite qualité, au moins trois ans dans un corps de la ligne ou dans les ambulances ou hôpitaux d'une armée active.

Les chirurgiens-majors de la ligne, des hôpitaux ou ambulances aux armées, sont placés dans les corps d'armes spéciales, dans les hôpitaux de l'intérieur ou dans les postes sédentaires, moitié à l'ancienneté, moitié au choix.

Les candidats au choix sont annuellement présentés

par les inspecteurs-généraux d'armes et les intendans militaires.

Du grade de pharmacien aide-major.

Art. 41. Tous les ans, immédiatement après le concours pour le grade de chirurgien aide-major, les chirurgiens sous-aides qui se destinent au service de la pharmacie concourent ensemble pour le grade de pharmacien aide-major devant le jury d'examen, dont la composition est réglée par l'art. 35 de la présente ordonnance.

Les candidats déclarés aptes à être nommés chirurgiens aides-majors sont seuls admis à ce concours.

Ceux qui, par suite de ce concours, sont déclarés susceptibles de remplir les fonctions de pharmacien aide-major, sont classés par ordre de mérite et admis dans cet ordre à être pourvus des emplois de pharmacien aide-major qui viennent à vaquer dans les hôpitaux.

Toutefois, ils ne peuvent être promus pharmacien aide-major que s'ils sont reçus docteur en médecine ou maître en pharmacie.

Notre ministre de la guerre détermine annuellement le nombre des candidats à admettre pour les emplois de pharmacien aide-major.

Du grade de pharmacien-major.

Art. 42. Nul ne peut être pharmacien-major s'il n'a servi au moins quatre ans comme pharmacien aide-major, et s'il n'est docteur en médecine ou maître en pharmacie.

Les pharmaciens aides-majors sont promus au grade de pharmacien-major, moitié à l'ancienneté, moitié au choix.

Les candidats au choix sont annuellement présentés par les intendans militaires.

Du grade de médecin adjoint.

Art. 43. Nul ne peut être désigné pour le grade de médecin adjoint s'il n'a trois ans de grade comme chirurgien aide-major, et s'il n'a servi dans un hôpital militaire pendant au moins un an, s'il n'est docteur en médecine, et si son aptitude n'est constatée par le conseil de santé.

Pourront toutefois être admis à l'emploi de médecin adjoint les pharmaciens aides-majors ayant au moins trois ans de service dans ce grade, docteurs en médecine, et dont l'aptitude aura été constatée par le conseil de santé; mais sous la réserve expresse qu'ils ne pourront être admis aux emplois de médecin adjoint dans une proportion excédant le cinquième des vacances de ces emplois.

Le conseil de santé présente annuellement, pour l'emploi de médecin adjoint, une liste des candidats qu'il reconnaît aptes à en remplir les fonctions.

Ils sont désignés sur cette liste, pour les vacances qui surviennent, moitié à l'ancienneté de grade et moitié au choix.

Du grade de médecin ordinaire.

Art. 44. Nul ne peut être médecin ordinaire s'il n'a servi au moins deux ans dans l'emploi de médecin adjoint, et s'il n'est docteur en médecine.

Les médecins adjoints sont promus au grade de médecin ordinaire, moitié à l'ancienneté dans l'emploi de médecin adjoint, et moitié au choix.

Les candidats au choix sont annuellement présentés par les intendans militaires.

Du grade de principal dans les trois professions.

Art. 45. Nul ne peut être médecin principal, chirurgien principal, pharmacien principal, s'il n'a servi au moins quatre ans dans le grade de médecin ordinaire, chirurgien-major ou pharmacien-major, et en outre si, dans l'un de ces grades, il n'a fait campagne et rempli les fonctions d'officier de santé en chef d'un corps d'armée, ou dirigé en chef un grand établissement pendant deux ans, ou s'il n'a été pendant ce même laps de temps premier professeur dans un hôpital d'instruction.

Tous les emplois dans le grade de principal sont donnés au choix.

Art. 46. Dans l'intérieur, les officiers de santé principaux ne sont employés que dans les fonctions de premier professeur et d'officier de santé en chef des hôpitaux d'instruction, ou comme chefs de service d'autres grands établissemens.

Ils peuvent être détachés provisoirement par le ministre de la guerre et sous la direction scientifique du conseil de santé, pour faire des inspections médicales dans les hôpitaux secondaires et près les corps de troupes.

En temps de guerre, ils sont employés comme officiers de santé en chef d'armée, ou comme officiers de santé principaux de corps d'armée.

Du grade d'inspecteur.

Art. 47. Nul ne peut être nommé inspecteur s'il n'a servi au moins trois ans dans le grade de principal.

La totalité des emplois d'inspecteur est au choix.

Titre VI. *De l'admission et de l'avancement dans le professorat.*

Art. 48. Les médecins ordinaires, les médecins adjoints et les chirurgiens aides-majors et pharmaciens aides-majors portés sur les listes annuelles d'aptitude pour l'emploi de médecin adjoint, sont admis à concourir pour les emplois de médecin professeur vacans dans les hôpitaux militaires d'instruction et à l'hôpital de perfectionnement.

Les chirurgiens-majors sont admis à concourir pour les emplois vacans de chirurgien professeur, concours auquel sont également admis les chirurgiens aides-ma-



pitaux militaires, des postes sédentaires et des armes spéciales.

Les pharmaciens-majors et aides-majors sont admis à concourir pour les emplois vacans de pharmacien professeur.

Nul ne peut être admis à concourir pour le professorat s'il n'est docteur en médecine ou maître en pharmacie.

Art. 49. Chaque fois qu'un emploi de professeur vient à vaquer dans un hôpital d'instruction, le ministre de la guerre le fait connaître par la voie du Journal militaire.

Les officiers de santé qui remplissent les conditions de profession et de grade énoncées à l'art. 48, et qui sont employés dans l'intérieur, adressent au ministre de la guerre des demandes de candidature.

Il leur fait connaître en réponse le jour où doit s'ouvrir le concours, et leur délivre des congés avec solde entière, dont la durée et déterminée. Toutefois, la solde entière ne sera acquise qu'au candidat qui justifiera avoir subi toutes les épreuves du concours.

Art. 50. Si le nombre des candidats est trop considérable pour qu'ils puissent être appelés simultanément sans inconveniens graves pour le service, notre ministre de la guerre limite le nombre des concurrens, lesquels sont appelés par ordre d'ancienneté de grade, et par portion égale, dans le grade de médecin ordinaire et de médecin-adjoint, de chirurgien-major et de chirurgien aide-major, de pharmacien-major et de pharmacien aide-major.

Art. 51. Le concours pour l'admission dans le professorat a toujours lieu à l'hôpital de perfectionnement. Le jury médical est composé d'un membre du conseil de santé, président, de quatre professeurs de l'hôpital de perfectionnement, et de quatre officiers de santé désignés par notre ministre de la guerre.

Le ministre désigne en outre deux officiers de santé militaires comme jurés suppléans. Ces deux officiers de santé assistent à toutes les épreuves du concours; mais ils n'ont voix délibérative qu'en cas d'empêchement légitime d'un membre titulaire du jury.

Art. 52. Les épreuves du concours sont :

1° Une appréciation des titres antérieurs de chaque candidat, faite dans l'assemblée des juges, où le mérite de sa conduite et de ses services est discuté d'après les renseignemens communiqués par notre ministre de la guerre.

2° Une réponse par écrit à une question qui est la même pour tous; cette question est faite à huis-clos, et chaque candidat vient la lire devant le jury assemblé.

3° Une leçon après vingt-quatre heures de préparation sur une question donnée par le jury, et relative à la partie de l'enseignement pour laquelle le concours est ouvert. Chaque candidat tire au sort le sujet particulier qu'il doit traiter.

4° Enfin, une leçon faite après trois heures de préparation, sur un sujet tiré au sort, et qui est le même pour tous ceux des candidats qui peuvent subir le même jour cette épreuve.

Les leçons durent chacune une heure.

Les candidats ne peuvent s'aider que de simples notes.

Pour le concours de médecine opératoire, les candidats sont en outre soumis à une épreuve pratique à l'amphithéâtre.

Art. 53. Immédiatement après la dernière séance du concours, les juges se réunissent, et nomment au scrutin secret et à la majorité absolue, le candidat qu'ils ont jugé le plus digne.

Art. 54. Dans le cas où aucun des candidats ne réunit la majorité absolue des suffrages, le ministre choisit le professeur à nommer parmi les deux candidats qui ont obtenu le plus grand nombre de voix, ou bien il ordonne un nouveau concours.

S'il ne se présente pas de candidats, le ministre pourvoit d'office à l'emploi vacant sur une liste de trois candidats, qui lui est présentée par le conseil de santé.

Art. 55. Le résultat de la délibération du jury est constaté par un procès-verbal que l'intendant militaire de la première division militaire transmet à notre ministre de la guerre, qui statue définitivement.

Art. 56. Les emplois de médecin, chirurgien et pharmacien premiers professeurs dans les hôpitaux d'instruction et dans l'hôpital de perfectionnement sont donnés au choix, sur la présentation des intendans militaires, aux professeurs attachés à ces établissemens, ou aux officiers de santé principaux ayant appartenu au professorat.

Art. 57. L'emploi de professeur est indépendant du grade de l'officier de santé qui l'occupe. Le premier professeur est chef de service, quelle que soit son ancienneté de grade.

Art. 58. Les emplois de professeur à l'hôpital de perfectionnement sont donnés au choix, par notre ministre de la guerre, aux officiers de santé qui professent dans les hôpitaux d'instruction le même cours que celui pour lequel un emploi de professeur est vacant à l'hôpital de perfectionnement. Toutefois si notre ministre de la guerre le juge convenable, il est pourvu à la vacance par voie de concours.

Art. 59. Les professeurs peuvent, dans un même hôpital, sous l'approbation de notre ministre de la guerre, professer une branche de l'enseignement autre que celle pour laquelle ils ont concouru, lorsque leur aptitude a été reconnue par le conseil de santé.

Art. 60. Notre ministre de la guerre dispose, suivant les besoins ou les convenances du service, des officiers de santé titulaires des emplois de professeur, comme de tous les autres officiers de santé militaires.

Titre VII. *De la subordination.*

Art. 61. L'action du grade supérieur sur le grade inférieur, en ce qui concerne l'art et l'exécution du service, et la subordination dans chaque profession, doivent être observées par tous les officiers de santé employés dans un même corps de troupe ou dans un même hôpital militaire.

La subordination est encore observée à l'égard du grade supérieur d'une profession à une autre.

A grade égal dans une même profession, l'autorité immédiate est exercée par l'officier de santé le plus ancien de grade, sous la modification mentionnée en l'article 57.

Les chirurgiens sous-aides sont employés à tour de rôle dans le service de la médecine, de la chirurgie et de la pharmacie, d'après la désignation faite par les officiers de santé en chef réunis.

Les chirurgiens sous-aides attachés au service de la pharmacie sont sous les ordres immédiats du pharmacien en chef, des pharmaciens-majors et des pharmaciens aides-majors; ceux attachés au service des malades sont sous les ordres des médecins et chirurgiens traitans.

Art. 62. Les officiers de santé de tous grades dépendent de l'autorité militaire sous les rapports de l'ordre public et de la discipline.

Art. 63. Ceux qui sont placés ou détachés dans les établissemens dépendant du service des hôpitaux, aux ambulances et dans les postes sédentaires, sont sous les ordres des intendans et sous-intendans militaires pour tout ce qui est relatif à la discipline, à l'exécution du service et des réglemens.

Les chirurgiens-majors et aides-majors attachés à des corps de troupe sont subordonnés au colonel, au lieutenant-colonel, et à l'officier commandant le corps en leur absence.

Le chirurgien-major ou aide-major chargé spécialement du service de santé près d'une partie de corps détachée, est subordonné à l'officier qui commande le détachement.

L'officier de santé qui fait un service de semaine, est subordonné à l'officier supérieur de semaine.

Titre VIII. *De la solde.*

Art. 64. La solde des officiers de santé des trois professions et de tous grades, placés dans les postes sédentaires, dans les hôpitaux militaires et dans les ambulances aux armées, est et demeure fixée par le tarif annexé à la présente ordonnance.

Art. 65. Les chirurgiens-majors et les chirurgiens aides-majors jouissent de la solde attribuée aux grades de capitaine de première classe et de lieutenant de première classe dans les corps auxquels ils sont attachés.

Art. 66. Le tarif annexé à la présente ordonnance sera exécutoire à partir du 1er août 1836.

Titre IX. *De l'uniforme.*

Art. 67. Les officiers de santé de l'armée de terre des trois divisions, médecins, chirurgiens et pharmaciens, continueront à porter l'uniforme déterminé par les ordonnances antérieures pour chacune des trois divisions.

Aucun changement ne pourra y être introduit que par une ordonnance royale rendue par nous sur la proposition de notre ministre de la guerre.

Titre X. *Dispositions générales.*

Art. 68. Les officiers de santé des hôpitaux de Paris ne peuvent obtenir de l'avancement dans ces mêmes hôpitaux.

Sont seuls exceptés de cette règle les officiers de santé attachés au professorat.

L'avancement au grade de principal dans les trois professions n'entraîne pas un déplacement obligé pour les chefs de service.

Art. 69. Sous la modification mentionnée au second paragraphe de l'article 44, les officiers qui, antérieurement à la loi du 19 mai 1834, sur l'état des officiers, ont été promus par commission ministérielle, comptent leur ancienneté de grade pour l'avancement, à partir de la date de cette commission : à date semblable, la date de la commission du grade inférieur décide la priorité.

A l'égard des promotions postérieures à la loi du 19 mai 1834, l'ancienneté pour l'avancement est déterminée par la date du brevet du grade, à date semblable, la date du brevet ou de la commission du grade inférieur décide la priorité.

Art. 70. L'ancienneté de grade pour la retraite et la réforme est déterminée par la date de la commission ministérielle, pour les officiers de santé promus antérieurement à la loi du 19 mai 1834, et par celle du brevet pour les officiers de santé promus postérieurement à cette loi.

Art. 71. Le temps exigé pour passer d'un grade à un autre peut être réduit de moitié en temps de guerre.

Art. 72. Il ne peut pas être dérogé aux conditions énoncées dans la présente ordonnance pour passer d'un grade à un autre grade, et pour le placement, si ce n'est :

1° Pour acte de dévouement et de courage duement justifié et mis à l'ordre du jour de l'armée ou de la division ;

2° Lorsqu'il n'est pas possible de pourvoir autrement au remplacement des vacances.

Art. 73. Les candidats présentés aux choix par le inspecteurs généraux d'armes et les intendans militaires, soit pour l'avancement, soit pour le placement dans les corps d'armes spéciales, les hôpitaux militaires, les postes sédentaires, sont inscrits par ordre d'ancienneté de grade sur un tableau établi pour chaque position et auquel restent annexés les mémoires de propositions des inspecteurs-généraux d'armes et des intendans militaires.

Ces tableaux ne sont valables que pendant un an. Chaque année, au mois de janvier, ils sont annulés et remplacés par d'autres tableaux.

Dans l'intervalle d'une inspection générale ou administrative à une autre inspection, les lieutenans-généraux et les intendans militaires ne peuvent adresser de propositions d'avancement ou de placement, si ce n'est pour services extraordinaires de nature à être considérés comme action d'éclat.



Titre XI. *Dispositions transitoires.*

Art. 74. Les élèves qui, à la date de la présente ordonnance, sont proposés par le conseil de santé pour l'avancement, seront appelés simultanément à l'hôpital de perfectionnement, dans l'ordre de leur inscription sur le tableau d'avancement, pour concourir, à la fin de l'année scolaire, pour le grade de chirurgien sous-aide.

Toutefois, ils sont dès à présent aptes à être pourvus des vacances d'emplois de chirurgien sous-aide qui se présenteront dans le cours de l'année, d'après l'ordre de priorité qui sera déterminé par le conseil de santé, sur une nouvelle liste collective des chirurgiens et pharmaciens élèves.

Art. 75. Les élèves chirurgiens et pharmaciens de l'hôpital de perfectionnement qui ne remplissent pas la condition de présentation pour l'avancement, seront répartis par portion égale dans les trois hôpitaux d'instruction.

A la fin de l'année scolaire, ils concourront pour passer à l'hôpital de perfectionnement; ceux qui n'auront pas satisfait aux examens resteront une année de plus dans les hôpitaux d'instruction, où ils composeront la première division.

Art. 76. Par dérogation au premier paragraphe de l'art. 31, et sous la réserve exprimée à l'avant-dernier paragraphe de l'art. 30, les chirurgiens sous-aides des hôpitaux ordinaires passeront, en 1836 et 1837, dans les hôpitaux d'instruction, moitié à l'ancienneté, moitié au choix.

Le choix portera exclusivement sur les sous-aides qui auront remporté des prix dans les concours antérieurs à la présente ordonnance.

Art. 77. Par dérogation au deuxième paragraphe de l'article 41, les pharmaciens sous-aides en exercice à la date de la présente ordonnance pourront concourir directement pour le grade de pharmacien aide-major sans être astreints à la condition énoncée dans ledit paragraphe.

Art. 78. Les officiers de santé de tous grades qui, à la date de la présente ordonnance, se trouveront portés sur les listes du conseil de santé pour l'avancement, pour les corps d'armes spéciales, les postes sédentaires, les hôpitaux ordinaires et les hôpitaux d'instruction, ou pour passer d'une profession dans une autre, concourront, au tour du choix, pour l'avancement et pour ces différentes positions, jusqu'au 31 décembre 1836, sans être astreints à remplir les conditions déterminées par la présente ordonnance.

Art. 79. Les dispositions des ordonnances et réglemens précédens sont abrogées en tout ce qui est contraire à la présente ordonnance.

Art. 80. Notre ministre secrétaire-d'état de la guerre est chargé de l'exécution de la présente ordonnance.

Paris, le 12 août 1836.

LOUIS-PHILIPPE.
Par le Roi :
Le ministre secrétaire-d'état de la guerre,
Marquis Maison.

ÉCOLE PRATIQUE.

Cours public d'ophthalmologie de M. Rognetta.

Deuxième leçon. *Presbyopie. Lunettes.*

§ 1er. *Généralités.* La presbyopie peut être définie un vice fonctionnel de l'œil, qui ne permet de voir distinctement qu'à une distance plus grande de celle de la vision normale, à deux ou trois pieds, par exemple. (*V.* leçon précédente.) La presbyopie est par conséquent une lésion opposée à la myopie.

Comme cette dernière, la presbyopie peut quelquefois être un symptôme d'une maladie plus ou moins grave de l'organe oculaire. Ces maladies sont :

1° (Cornée et lobe entier). La microphthalmie ou l'atrophie de l'œil, la rhytidosis ou l'atrophie de la cornée, et par conséquent de la chambre antérieure, les fistules de la cornée. Il est très-ordinaire de rencontrer la presbyopie chez les chevaux, aux Indes, par cette dernière cause; l'antichambre oculaire donne chez ces animaux facilement naissance à des petits vers qu'on voit nager dans l'humeur aqueuse comme des serpentaux, et qui finissent par perforer la cornée et y laisser des fistules incurables si on ne se hâte pas d'ouvrir cette membrane avec le bistouri, et de laisser échapper ces hôtes incommodes. (Wardrop, Hecker's annalen, febr. 1834.) Ces maladies, comme la plupart de celles que nous allons indiquer, occasionnent la presbyopie de deux manières; par le raccourcissement du diamètre cornéo-rétinien et par la diminution de la force réfractile des corps diaphanes.

2° (Iris) Le prolapsus irien, la phthisie pupillaire, ou resserrement permanent de la prunelle, les ouvertures excentriques de l'iris (pupille artificielle), l'absence du diaphragme oculaire.

Un jeune homme dont parle Wardrop, chez lequel l'iris avait été arraché presque en totalité par l'action d'une épine, est devenu presbyte par suite de cet accident; la vision ne pouvant plus s'exercer qu'à l'aide d'un iris artificiel placé au-devant de l'œil, c'est-à-dire d'une carte trouée ou bien d'une lunette dont le verre, teint en noir dans toute son étendue, présentait un point diaphane seulement dans son milieu, pour imiter la pupille.

3° (Cristallin) L'atrophie du cristallin, son déchâtonnement (cataracte luxée), son déplacement ou son enlèvement, comme après l'opération heureuse de la cataracte. Tout le monde sait que les décataractés sont, en général, très-presbytes, et qu'ils ont besoin de verres fort convexes pour bien voir. Bien que la place abandonnée par le cristallin soit, dans ces cas, occupée par une sorte de prolongement herniaire du corps vitré qui prend derrière l'iris la forme lenticulaire, la force réfractile étant toujours moindre, la presbyopie est inévitable, à moins que le sujet ne fût préalablement myope; aussi est-on obligé, pour y remédier, de placer une espèce de cristallin artificiel au-devant de l'œil, les lunettes à cataracte.

4° (Corps hyaloïdien) La synchysis, ou la déliquescence du corps vitré, son évacuation partielle par une cause soit traumatique, soit spontanée, sans paralysie de la rétine. Le corps vitré est, comme on sait, susceptible de reproduction jusqu'à un certain point; la nouvelle sécrétion cependant n'étant que de la sérosité limpide et libre dans la troisième chambre de l'œil, sa réfractilité est moindre que celle de l'éponge hyaloïdienne primitive; de là la presbyopie.

5° (Orbite) L'atrophie de la graisse orbitaire, comme à la suite de longues maladies, par exemple, ou de l'abus de la masturbation, etc. La sphère oculaire s'enfonce alors dans le cône de l'orbite, la physionomie s'altère singulièrement, et offre ce que le vulgaire appelle yeux creux. Cet état est presque toujours accompagné de vision presbyte.

Le mot presbyopie est composé de *presbis*, vieillard, et *ops*, vision. Cette lésion, en effet, ne se rencontre le plus ordinairement que dans un âge avancé. Il est plus rare de voir des enfans ou des jeunes gens presbytes que des vieillards myopes. Comme la vieillesse doit se mesurer plutôt par l'état de l'organisme que par le nombre des années, on ne doit point être étonné de rencontrer quelquefois la presbyopie chez des jeunes gens épuisés par des causes particulières.

Un jeune jésuite sicilien, pour lequel j'ai été consulté à Paris, offrait ses cornées très-aplaties et marquées de gérontaxon, ou d'opacité périphérique, comme celles des vieillards très-presbytes. Il a été atteint d'amaurose grave par suite de la *luxaria manuensis*, qu'il exerçait jusqu'à sept fois par jour.

Il ne faut pas confondre la lésion que nous étudions avec une espèce particulière de vision longue qu'on appelle *oxyopie*, et qui consiste dans la faculté de voir les étoiles pendant le jour, et d'autres objets très-éloignés, que les yeux normaux ne peuvent pas discerner. L'oxyopie doit être regardée tantôt comme une anomalie heureuse de la vision, analogue à la nyctalopie congénitale, tantôt comme le signe avant-coureur d'une affection grave, ainsi que nous le verrons ailleurs.

§ 2. *Variétés*. Sous le rapport de son intensité, la presbyopie offre plusieurs degrés. Nous en admettrons trois, d'après Gendron. Le premier est à un pied et quelques pouces; le second à deux pieds; le troisième à trois pieds environ; c'est-à-dire la lecture sur des caractères de grosseur moyenne, ne pouvant s'exercer nettement qu'à ces distances. La force réfractile des corps diaphanes de l'œil est tellement affaiblie chez les presbytes, le diamètre cornéo-rétinien est tellement raccourci, que ce n'est qu'en éloignant beaucoup l'objet, en allongeant considérablement le cône optique, qu'on peut voir distinctement. Il est vrai que dans l'état normal l'organe oculaire possède l'heureuse faculté de s'accommoder aux distances variables des objets qu'on regarde, et cela moyennant l'action des quatre muscles droits, dont les contractions sur la coque sclérotidienne, allongent ou raccourcissent à volonté le diamètre antéro-postérieur (Demours, Travers); cependant dans la presbyopie très-prononcée, le raccourcissement de ce diamètre est trop considérable pour pouvoir être compensé par cette seule action des muscles droits. Aussi aux distances ordinaires de la vue normale, les objets paraissent-ils brouillés aux yeux presbytes, parce que le foyer du cône lumineux tombe chez eux au-delà de la rétine. On mesure les degrés de la presbyopie par le même procédé que avons indiqué pour la myopie.

Considérée sous le rapport de son siége, la presbyopie est uni-latérale ou bi-latérale. Le duc d'Aiguillon, dont parle Demours, et plusieurs personnes que j'ai connues, présentaient un œil presbyte; l'autre normal ou myope. Il arrive aussi quelquefois que la presbyopie offre des degrés différens aux deux côtés d'un même individu, circonstances dont il faut tenir compte pour le choix des lunettes.

Examinée enfin sous le rapport de son origine, la presbyopie paraît toujours accidentelle. S'il était cependant prouvé, ainsi que Wardrop l'assure, que le cristallin manque quelquefois congénitalement, la presbyopie pourrait être, dans quelques cas très-rares, une infirmité de naissance.

§ 3. *Etiologie*. Après les considérations auxquelles nous venons de nous livrer, nous pourrions, à la rigueur, nous dispenser d'énumérer les causes de la presbyopie. On peut cependant se contenter d'établir à cet égard quelques propositions inverses à celles de la myopie.

1° Tout ce qui diminue le diamètre antéro-postérieur de la sphère oculaire, comme l'aplatissement du cristallin et de la cornée par les progrès de l'âge, etc.

2° Tout ce qui affaiblit la force réfringente des corps diaphanes de l'œil, comme la déliquescence du corps vitré, l'amincissement de la cornée, par l'approche de la vieillesse.

3° Tout ce qui provoque le resserrement habituel de la pupille, comme le voyage dans certaines régions du globe et pendant certaines saisons de l'année; en Orient, sur les déserts d'Arabie; au nord, où des masses énormes de glace réfléchissent une lumière éblouissante; l'exercice de certaines professions, telles que la broderie en or ou en argent, la bijouterie, la forge, etc.

4° Enfin, les cinq classes de maladies dont nous avons parlé en commençant.

§ 4. *Caractères physiques et physiologiques*. L'aplatissement du globe de l'œil et de la cornée, la petitesse de la chambre antérieure et l'étroitesse de la pupille, tels sont les caractères physiques de la presbyopie. Les caractères physiologiques se réduisent au regard presbyte et à ses conséquences; savoir, éloignement de l'objet pour bien voir, besoin d'une grande quantité de lumière, prédilection pour les gros caractères, céphalalgie sourcilière, fatigue des yeux, larmoiement et vue brouillée par suite de la lecture ou du regard prolongé sur des objets de petit volume.

Terminaisons. De trois manières différentes:

1° Par la guérison. Elle peut avoir lieu à la suite de l'hypertrophie accidentelle du cristallin ou du changement de consistance du corps vitré, ou bien enfin par l'augmentation de l'humeur aqueuse. Ces heureux changemens cependant sont assez rares; on voit plus



souvent la myopie se guérir spontanément que la presbyopie.

2° Etat stationnaire. Lorsque la presbyopie s'arrête permanemment dans le début de sa marche, on peut dire avec raison que cette terminaison est des plus heureuses; car on peut en espérer la guérison radicale à l'aide d'un exercice gymnastique de l'œil que nous indiquerons tout à l'heure.

3° Progression indéfinie jusqu'à l'ambliopie ou à l'amaurose sénile. Cette fâcheuse terminaison de la presbyopie est malheureusement des plus fréquentes.

§ 5. *pronostic*. Variable suivant le degré de la presbyopie, les circonstances particulières qui l'accompagnent, et la tendance qu'elle affecte pour telle ou telle terminaison. La presbyopie au troisième degré est toujours une infirmité fâcheuse.

§ 6. *Traitement*. La thérapeutique ne connaît jusqu'à ce jour qu'un seul moyen contre la presbyopie, c'est l'usage des lunettes convexes; encore ce remède n'est-il que palliatif. Dans quelques circonstances pourtant les lunettes peuvent devenir curatives de la presbyopie; c'est lorsque l'infirmité a cessé d'être progressive. On change de temps en temps les verres, en passant graduellement des plus convexes aux moins convexes jusqu'à ce qu'on arrive enfin aux verres tout à fait plats, qu'on abandonne également à leur tour pour ne regarder ensuite qu'à l'œil nu et aux distances propres à la vue normale. Un vieillard dont parle Demours garda pendant dix ans les mêmes lunettes convexes; il les quitta ensuite par degrés, et parvint enfin à s'habituer à lire et à écrire sans besicles, comme avant d'être atteint de presbyopie. D'autres considérations se rattachent au sujet des lunettes.

§ 7. *Remarques pratiques sur les lunettes*. Il est assez remarquable que depuis près de cinq siècles que l'invention des lunettes existe, leur application thérapeutique ait été, comme celle d'une foule d'autres instrumens de physique médicale, presqu'entièrement abandonnée aux mécaniciens. La plupart des livres d'ophthalmologie sont presque complétement muets sur ce sujet, et ce qu'on trouve dans Weller est si vague et si incomplet, du moins pour ce qui concerne la partie dogmatique sur les indications des lunettes, que je considère ce point de médecine oculaire comme neuf en grande partie.

Indications générales. On peut résumer sous trois chefs les circonstances qui réclament l'usage des lunettes.

(A) Corriger la direction vicieuse des rayons lumineux. Dans la myopie, dans la presbyopie, après l'opération heureuse de la cataracte, dans le staphylome transparent, etc., on fait usage de lunettes dans le seul but de placer avantageusement le foyer de la lumière, en corrigeant par conséquent la direction vicieuse des rayons. Disons cependant qu'en général il ne faut se déterminer à faire usage des lunettes qu'autant que la vue est troublée, couverte de brouillard, au point de ne pas pouvoir distinguer de très-près la physionomie des corps, ou de ne pas pouvoir lire, écrire, ou s'appliquer à des ouvrages fins qu'avec fatigue pour les yeux, larmoiement, céphalalgie, etc. Chez les personnes très-myopes, par exemple, qui pour lire sont obligées de poser le nez sur le livre et de ne regarder que d'un seul œil, l'usage des lunettes est indispensable, de même que chez les presbytes dont les yeux se brouillent et se fatiguent facilement après une lecture de quelques minutes.

(B) Affaiblir la trop forte action de la lumière. La photophobie nous oblige souvent à avoir recours aux lunettes-conserves.

La même indication se présente aussi chez les personnes qui voyagent au milieu de corps très-réflecteurs de la lumière. On sait que dans quelques villes d'Orient, les habitans, pour modérer l'action du soleil, se teignent les paupières, les cils et les sourcils en noir, à l'aide d'une préparation huileuse d'antimoine. L'exercice de certaines professions peut réclamer également l'usage des lunettes : on n'ignore pas, en effet, que les ouvriers de certaines usines portent en travaillant des lunettes de sûreté, pour se garantir de la lumière et des étincelles. Dupuytren disait avec raison que les fossoyeurs, dont les yeux sont souvent en contact de gaz ammoniacaux très-irritans, pourraient se préserver de leurs conjonctivites habituelles à l'aide de lunettes appropriées.

(C) Exalter l'action de l'image des objets sur la rétine. Chez les sujets ambliopiques, les lunettes n'ont d'autre but que de rendre plus vive l'impression de l'image des corps sur la rétine en exagérant les contours. L'examen des objets très-fins rend souvent nécessaire l'emploi des verres grossissans : les horlogers, les insectologues, les anatomistes transcendans, les astronomes, les télégraphistes, etc., se trouvent dans ce cas.

En résumé, on peut dire que le but dans l'emploi des lunettes, se réduit : 1° à garantir; 2° à améliorer; 3° à exagérer la faculté visuelle.

Les yeux normaux peuvent sans doute voir à travers les verres très-grossissans, comme le microscope, par exemple; ils le peuvent aussi à travers les conserves à surfaces planes; mais ils se brouillent complétement à travers les lunettes presbytes ou myopes, car ces verres déplacent le foyer lumineux du centre de la rétine, et produisent par conséquent sur eux une grande confusion dans le regard. Voilà pourquoi les yeux clair-voyans ne peuvent rien discerner lorsqu'ils essaient les lunettes d'autrui.

Variétés. (a) Considérés sous le rapport de leur armure, les instrumens en question se divisent en *lunettes* proprement dites, *lorgnettes* ou *lorgnons*, et *tubes télescopiques* (lunettes d'approche de théâtre). Les lunettes des anciens ressemblaient à une paire de pinces de cheminée qu'on mettait à cheval sur le nez; elles vacillaient facilement, tiraillaient la peau des conduits et points lacrymaux, et comprimaient les narines; de là la vue tremblottante, le larmoiement et la gêne de la respiration par leur usage : on y a renoncé. Les lunette dont on se sert de nos jours prennent leur appui aux tempes, ou bien on les porte à la main au-devant des yeux, à l'aide d'un cordon, ce qui vaut bien mieux en général.

Les lorgnettes sont ou monocles ou binocles. Les premières ne faisant exercer qu'un seul œil nuisent singulièrement à la vue de l'autre. Je connais plusieurs personnes qui sont devenues amaurotiques d'un côté par suite de l'usage d'un lorgnon monocle qu'elles portaient par simple coquetterie d'abord. Les lorgnettes binocles rentrent dans la catégorie des lunettes à la main.

Les tubes télescopiques ou d'approche sont aussi monocles ou binocles. Leur usage ne peut être toujours que nuisible aux yeux normaux, surtout à la lumière artificielle.

(*b*) Sous le rapport de leur forme, les verres des lunettes sont ronds, oblongs ou angulaires. Les ronds sont incontestablement les meilleurs, surtout s'ils sont très larges comme la base de l'orbite. Je dis très-larges, car les verres petits rétrécissent le champs de la vision et nuisent à la rétine. Les oblongs ou ovalaires sont très-à la mode de nos jours. On devrait cependant les proscrire entièrement. Non-seulement ces verres réfractent peu avantageusement la lumière, car ils admettent une plus grande quantité de rayons dans le sens latéral que dans le vertical, mais encore ils rétrécissent fâcheusement la sphère visuelle. On ne voit, en effet, pour ainsi dire, avec les verres ovalaires que comme à travers le trou d'une serrure.

Les verres angulaires affectent la forme carrée, parallélogramme, ou bien ils offrent deux angles d'un côté et un bord courbe de l'autre. Je ne vois aucun avantage, et je trouve au contraire beaucoup d'inconvéniens à ces sortes de verres de fantaisie.

(*c*) Examinés enfin sous le rapport de la direction des plans de leurs surfaces, les verres des lunettes sont concaves, bi-concaves, plano-concaves; convexes, bi-convexes, plano-convexes, ou bien enfin tout à fait plats; ces derniers sont appelés conserves. Les opticiens comptent par numéros les degrés de ces inclinaisons, et ce numéro se rapporte précisément aux pouces de l'axe de la sphère dont le verre n'est qu'un segment, en général, plus un verre est convexe, plus la sphère à laquelle il appartient est petite. Ainsi, par exemple, la cornée qui a la forme d'un verre concavo-convexe est le segment d'une sphère dont le diamètre offre sept lignes et demie de longueur (De la Hire); elle est, comme on le voit, plus convexe que la sclérotique dont la sphère présente un diamètre de douze lignes environ. Voilà pourquoi plus les verres des presbytes sont convexes, moins ils présentent de largeur ou d'étendue périphérique.

Les conserves sont incolores ou bien coloriées en bleu ou en vert. Elles résultent quelquefois de quatre ou bien de six verres, dont deux latéraux, et deux ou quatre en avant; d'autre fois, elles sont habillées d'une sorte de chemise ou plutôt de rideau en taffetas, analogue à la doublure de la coulisse de certains sacs de nos dames. Dans les cas de photophobie très-vive, les conserves incolores peuvent être utiles: les coloriées sont toujours nuisibles, elles agissent comme les chambres obscures, savoir, en augmentant la sensibilité, et produisent à la longue la cécité (Scarpa). Il en est à peu près de même des conserves habillées. Les seules conserves réellement utiles sont donc les incolores de grandes dimensions. On peut augmenter utilement leur action à l'aide d'une visière artistement arrangée.

3° *Caractères.* Pour être convenables, les verres des lunettes ou conserves doivent être diaphanes, incolores, acromatiques (savoir, ne pas décomposer la lumière qui les traverse), polis, sans inégalités ni bulles, très-larges et de figure ronde. Ils doivent permettre de voir nettement les objets, sans fatigue et sans exagérer leurs dimensions. En général, il faut beaucoup de sobriété dans leur usage, et de persévérance dans le numéro du verre choisi, à moins qu'on ne puisse l'échanger par des verres moins forts et arriver enfin par degrés à les quitter complétement.

N° 106. — 6 Sept.

HOTEL-DIEU.

M. Chomel.

Résumé de la clinique médicale pendant l'année scolaire 1835—1836.

Gangrène du poumon.

Nous n'avons rencontré que deux fois la gangrène du poumon. Cette maladie s'est présentée avec des circonstances qui en ont rendu le diagnostic très-incertain. Le premier de ces malades était couché au n° 66 de la salle Saint-Bernard; il rendait chaque jour une très-grande quantité de crachats puriformes, exhalant une odeur de macération anatomique. A raison de l'abondance de l'expectoration et l'absence de couleur noire ou grise des crachats, M. Chomel pense qu'il y avait chez ce malade un épanchement pleurétique communiquant avec les bronches. La mort eut lieu. A l'ouverture du cadavre on trouva dans les deux poumons un grand nombre de foyers gangréneux. L'abondance de l'expectoration dépendait de l'irritation des bronches qui, sans cesse en contact avec des matières sanieuses, sécrétaient une grande quantité de mucus puriforme.

L'autre malade affecté de gangrène des poumons était un phthisique qui, la veille de sa mort seulement, rendit des crachats de couleur tabac d'Espagne, sans odeur gangréneuse. A l'ouverture, on trouva dans le parenchyme pulmonaire deux ou trois petites excavations contenant une matière analogue à celle qui était expectorée. Dans aucun de ces deux cas, la maladie ne fut diagnostiquée.

Phthisie pulmonaire.

Il s'en est présenté vingt-un cas. On n'a pas observé ces accidens graves qu'on rencontre assez fréquemment chez les phthisiques, tels que la perforation du poumon et le pneumo-thorax qui en est la suite; la rupture de l'intestin au niveau d'une ulcération tuberculeuse, et la péritonite consécutive. Dans un cas où il y avait une gêne extrême de la déglutition, sans altération appré-

ciable des amygdales et du pharynx, on diagnostiqua des ulcérations de l'épiglotte que montra l'ouverture du cadavre.

Emphysème du poumon.

Quatre cas. Dans deux cas, la maladie paraissait remonter à l'enfance. Les deux autres malades n'accusaient de dyspnée que depuis quelques années. L'un de ces quatre malades est mort de gangrène du poumon. Les autres sont sortis de l'hôpital soulagés.

Affections rhumatismales.

Le nombre des rhumatismes articulaires aigus a été de quatorze : un seul malade a succombé ; deux étaient âgés de moins de vingt ans ; sept de vingt à trente ; cinq de trente à quarante. On a compté dix hommes et quatre femmes. Neuf sujets étaient atteints de rhumatisme pour la première fois, trois pour la seconde fois, et deux pour la troisième fois. Chez les premiers, la durée de la maladie a été de vingt jours ; elle a été de vingt-sept chez les seconds, et de quatorze chez les derniers. Cinq de ces malades seulement ont accusé comme cause de rhumatisme un refroidissement, le corps étant en sueur. Trois étaient nés de parens rhumatisans. La maladie a débuté onze fois par les articulations des extrémités supérieures, et trois fois par les membres inférieurs. Deux fois le rhumatisme a envahi les muscles des organes situés dans l'arrière-bouche. Il y avait une gêne extrême de la déglutition, qu'on ne pouvait attribuer à aucune inflammation appréciable de la muqueuse.

Chez quatre malades seulement les bruits du cœur ont offert quelque chose d'anormal.

Le premier de ces malades est un garçon âgé de 17 ans, d'une constitution grêle, qui, après avoir perdu quatre livres de sang, tomba dans un état chlorotique. A l'auscultation de la région précordiale, on entendait chez ce malade un bruit de soufflet qui se dissipa plus tard ; le malade guérit. Il nous paraît d'autant plus naturel de rattacher le bruit de soufflet à la modification du liquide circulatoire, que le même phénomène a été observé à la même époque chez un sujet atteint de péripneumonie, qui avait perdu six livres de sang. Ce sujet succomba, et l'examen nécroscopique ne fit découvrir aucune altération appréciable du cœur.

Chez un autre malade, qui n'avait perdu qu'une livre et demie de sang, on trouva le bruit de soufflet, dix jours après la disparition de l'affection rhumatismale.

Le troisième cas est relatif à une jeune femme, qui succomba à une endo-péricardite, après avoir perdu huit livres de sang.

Le quatrième concerne un sujet qui est encore dans les salles.

Chez le malade qui a succombé, toutes les articulations ont été explorées avec soin, et l'on n'a pas trouvé la plus légère altération. Il y a peu de jours que dans le service de M. Husson, à l'Hôtel-Dieu, un malade affecté de rhumatisme articulaire, a succombé à une endo-cardite ; les résultats de l'examen cadavérique ont été également nuls relativement au rhumatisme.

La saignée a été le principal moyen de traitement mis en usage. La durée de la maladie a été plus longue dans le cas où l'on a fait usage d'abondantes émissions sanguines que dans ceux où les saignées ont été employées dans une certaine mesure.

Parmi les affections rhumatismales anormales, nous comprendrons un cas relatif à une femme couchée au n. 1 de la salle Saint-Lazare, chez laquelle les douleurs ont alterné avec une paralysie complète du sentiment dans les membres supérieurs.

Une autre malade, couchée au n. 26 de la salle Saint-Paul, a été affectée d'amaurose pendant 24 heures, et plus tard de paraplégie. Toutes ces lésions étaient d'origine rhumatismale, et ont cédé à l'usage des moyens propres à combattre le rhumatisme. Une fois le diaphragme a été le siége de la maladie. Dans ces derniers cas, outre les émissions sanguines, on a fait usage des opiacés, et on a porté des révulsifs vers les extrémités. On a également appliqué des rubéfians sur les articulations primitivement affectées.

Maladies des centres nerveux.

Méningite, 6 cas. Le diagnostic a été obscur dans cinq cas, où la maladie s'est montrée comme complication de la pleurésie ou de la pneumonie. Le sixième cas, dans lequel le diagnostic n'a pas offert la moindre obscurité, s'est heureusement terminé. Tous les autres ont succombé.

Ramollissement du cerveau, 1 cas. Le corps calleux et la voûte à trois piliers étaient les seules parties affectées.

Myélite, 2 cas, qui se sont heureusement terminés.

Hémorrhagie cérébrale, 1 cas.

Tumeur de l'encéphale, 1 cas.

Dans la dernière partie de son résumé, M. Chomel a passé en revue les lésions organiques du cœur, du foie, de l'utérus et des ovaires. Elles n'ont offert aucun intérêt.

N° 107. — 8 Sept.

HOPITAL NECKER.

M. Bricheteau.

Des conférences cliniques de l'hôpital Necker pendant une partie de l'année 1835. (Suite.)

Squirrhes et cancers de l'estomac.

Plusieurs cas de ces maladies, que nous avons observés pendant la vie et après la mort, nous ont mis à même de faire une distinction fondée sur l'anatomie pathologique, entre ces deux affections squirrheuses et cancéreuses, d'ailleurs également incurables, du ventricule. Nous avons souvent agité devant les élèves la question



de savoir si les squirrhes, ou dégénérations lardacées des organes digestifs en particulier, sont un premier degré du cancer, et s'ils doivent nécessairement passer à l'état d'ulcération et de ramollissement, comme le pensent les auteurs les plus modernes? Des faits assez nombreux, dont plusieurs pourront figurer dans notre compte-rendu de 1836, nous font prononcer pour la négative. Par conséquent, nous avons classé les dégénérations lardacées stationnaires parmi les transformations fibro-cartilagineuses, en nous fondant à la fois sur la nature de la lésion accidentelle et sur les symptômes qui en dérivent; et nous croyons fermement qu'on peut appliquer cette distinction à tous les tissus susceptibles d'être atteints de squirrhe et de cancer.

Analysons d'abord quelques-uns des faits que nous avons recueillis, puis nous déduirons de ces faits même les raisons qui nous engagent à poser des limites entre le squirrhe et le cancer.

— Un malade couché à la salle Saint-Joseph, n 4, séjourna quelque temps à l'hôpital; il était extrêmement maigre et épuisé, par défaut d'assimilation; du reste, il n'éprouvait aucune souffrance, dormait paisiblement, et assurait n'avoir jamais souffert; seulement il vomissait une fois en vingt-quatre heures, cinq ou six heures après avoir mangé. Sa figure était pâle, mais sans aucune expression de douleur; son teint n'avait rien de plombé ni de paillé.

Cet homme, qui, malgré son état, était d'une humeur assez gaie, tomba dans le marasme et l'anémie, et s'éteignit paisiblement.

A l'ouverture du corps on trouva le pylore extrêmement rétréci, et l'anneau de communication avec le duodénum converti en une sorte de substance fibreuse, lardacée, d'environ un pouce de diamètre, sans ulcération, ramollissement ni autre lésion organique. A peine eut-on pu introduire une plume à écrire dans l'ouverture pylorique. Aucune lésion analogue n'existait dans les trois grandes cavités.

Cet homme, qui avait plus de cinquante ans, et qui digérait difficilement et vomissait depuis longues années, avait évidemment succombé par suite d'un obstacle mécanique au passage des alimens. Il est certain que dans presque tous les points de l'économie animale, un pouce carré de dégénération lardacée aurait à peine produit de légers accidens.

—Un homme d'environ quarante-cinq ans, malade depuis longtemps, entra à l'hôpital le 30 janvier 1833. Cet homme, d'une haute stature et d'une constitution vigoureuse, avait été d'une force extraordinaire dans sa jeunesse; maintenant il est pâle, maigre, et sa figure annonce un profond dépérissement. Ce malade ne pouvait ingérer que des liquides dans l'estomac, encore avaient-ils beaucoup de peine à y parvenir, à cause d'une dysphagie considérable. Il y avait des nausées, un afflux continuel de salive aussitôt que le malade se disposait à prendre des alimens; mais lorsque la déglutition s'était opérée, la digestion s'accomplissait facilement et sans douleur. Aucune tumeur ne se faisait sentir dans la région épigastrique, qu'on pouvait comprimer en tout sens sans causer la moindre souffrance. A la dysphagie près, qui nous fit soupçonner l'existence d'une affection de la portion inférieure de l'œsophage, le malade se trouvait assez bien et restait dans un état stationnaire. Mais le 20 février il fut pris d'une douleur pleurétique qui le fit périr en deux jours.

A l'ouverture du corps, faite vingt-quatre heures après la mort, on trouva des traces de pleurésie à la face externe du poumon droit, et un épanchement de sérosité d'environ une livre dans la cavité thoracique du même côté. La partie inférieure de l'œsophage était transformée en un tube lardacé d'un demi-pouce d'épaisseur, d'une blancheur remarquable. La même transformation occupait le quart supérieur et postérieur de l'estomac; dont elle avait réduit la capacité au diamètre d'un pouce environ. Le reste de ce viscère, ainsi que l'ouverture pylorique, était dans l'état normal, et formait un contraste avec la partie squirrheuse. Le reste du tube digestif n'offrait aucune altération. La transformation fibreuse qu'avaient subie les parties inférieure de l'œsophage et supérieure de l'estomac, était d'un blanc mat et absolument semblable à un cartilage frais qu'on vient de découvrir en ouvrant une capsule articulaire; il n'y avait à sa surface ni rougeur, ni congestion, ni ulcération, ni fongosité.

Un poêlier âgé de cinquante-deux ans, entra à l'hôpital le 6 novembre 1834; il nous parut atteint d'une lésion organique de l'estomac qu'on sentait au toucher, sous la forme d'une tumeur aplatie et dure, mais qui n'était pas accompagnée des symptômes du cancer. Le malade avait un teint jaune et était d'une grande maigreur; il digérait difficilement, et ne se nourrissait que de panades et de pâtes féculentes, ainsi que de lait coupé avec du gruau. Du reste, il ne vomissait pas, dormait bien et ne souffrait aucunement; seulement il avait parfois de la diarrhée. Des bains, des opiacés, des boissons gommeuses sucrées, des frictions stibiées sur l'épigastre composèrent son traitement palliatif.

Cet homme, qui disait avoir autrefois craché du sang, mourut subitement le 7 février, à la suite d'une violente hémoptysie.

A l'ouverture du corps, on trouva, dans l'épaisseur de l'ouverture pylorique, une tumeur lardacée à plusieurs lobes, d'une blancheur remarquable à l'extérieur et dans les sections qu'on y pratiqua avec un scalpel : cette tumeur n'avait ni ulcération, ni points ramollis, et rien de ce mélange confus de tissus morbides qui constitue l'affection cancéreuse, en un mot, c'était un tissu accidentel. homogène. L'ouverture pylorique était assez grande pour qu'on pût y introduire l'extrémité du doigt auriculaire, ce qui explique pourquoi le malade ne vomissait pas; l'estomac contenait du sang qui provenait de la poitrine. Les poumons présentaient à leur partie supérieure, des cicatrices provenant, suivant toutes les probabilités, d'anciennes affections tuberculeuses suppurées. Le tissu pulmonaire était le siége d'une forte congestion sanguine, et contenait même çà et là de petits foyers sanguins circonscrits; les bronches regorgeaient également d'une mucosité sanguinolente. Les

intestins offraient des traces de phlegmasie chronique.

Cet homme qui, étant phthisique, avait échappé à cette dangereuse maladie, et qui portait une tumeur fibreuse et lardacée dans l'estomac, laquelle mettait obstacle à la digestion et à l'assimilation, fut foudroyé par une attaque d'apoplexie pulmonaire ; maladie qui, soit dit en passant, était bien difficile à expliquer dans l'état de maigreur, d'anémie et de marasme où se trouvait le malade. Comment donc peut-il s'effectuer une congestion sanguine dans un organe, quand le cœur est sans force et la contractilité sans énergie ? Par quel inconcevable mécanisme le sang peut-il franchir les barrières naturelles que lui impose la nature ?

Pour établir que les altérations décrites dans les observations précédentes sont des transformations fibro-cartilagineuses et non des lésions carcinomateuses, rappelons la description qu'en donne l'un des hommes les plus versés dans l'anatomie pathologique, celui-là même qu'a désigné le célèbre Dupuytren pour occuper la chaire qu'il a fondée sur cette partie de l'enseignement.

« Le squirrhe, dit M. Cruveilhier, (1) est demi-transparent lorsqu'il est divisé en lames ténues sans disposition linéaire, souvent lobuleux, ayant une consistance qui varie depuis celle du fibro-cartilage jusqu'à celle du lard dont il offre l'aspect, et paraissant formé d'un tissu fibreux et cellulaire pénétré d'albumine.

Le squirrhe envahit tous nos tissus soit primitivement, soit consécutivement; mais il affecte une triste prédilection pour les tissus à la fois très-sensibles et abondamment pourvus de vaisseaux blancs ; survient spontanément, ou succède à un engorgement par cause externe, scrofuleux, vénérien ou autre ; attaque communément à cette époque critique où l'homme et la femme deviennent impropres à la reproduction. Le squirrhe fait éprouver des douleurs lancinantes, *des éclairs de douleurs*, ne rétrograde jamais vers l'organisation première ; marche tantôt avec une rapidité effrayante, *et fait périr* en quelques mois ; tantôt d'une manière *chronique, et* reste stationnaire pendant dix, quinze ans, *et ne* paraît pas hâter l'instant de la mort ; s'étend par continuité de tissus et par résorption lymphatique ; tue quelquefois sans passer à des altérations ultérieures, *mais le* plus souvent devient le siége d'un travail intérieur ; dans quelques cas rares tombe en gangrène, et est expulsé en totalité ; le plus souvent passe à l'état d'ulcère, ou bien se ramollit et devient semblable au cerveau d'un enfant nouveau-né. »

Nous ne croyons pas qu'on puisse en aucune manière, appliquer cette description à l'affection qui nous occupe, car on n'y retrouve presqu'aucun des traits caractéristiques si bien exposés par M. Cruveilhier.

Nous ne voyons pas comment dans les cas dont il s'agit, on peut supposer que l'altération passera à l'état de ramollissement ? En effet, une maladie, quelle qu'elle soit, qui s'est accrue lentement, qui est restée quinze ou vingt ans stationnaire, est sans doute arrivée au terme de son cours, et il est à supposer qu'il n'y a plus pour elle de métamorphose possible.

Lorsqu'une semblable lésion occupe un organe secondaire, elle ne cause presqu'aucun accident morbide; mais si, au contraire, elle a malheureusement son siége dans un organe dont l'intégrité est nécessaire au maintien de la vie, elle ne peut agir que comme obstacle mécanique, soit qu'elle prive le tissu où elle a son siége de sa faculté contractile ou extensive, soit qu'elle s'oppose au passage des matériaux de la nutrition, à leur assimilation à nos organes. C'est précisément ce qui est arrivé chez nos malades, qui sont morts d'inanition sans aucune souffrance. Nous en avons vu périr quelques autres qui ne pouvaient se persuader qu'ils étaient malades, tant ils étaient exempts de toute souffrance ; ils dormaient profondément, mangeaient avec plaisir, et vomissaient presque sans effort et sans angoisse les alimens demi-digérés qu'ils avaient pris six, huit, douze et même vingt-quatre heures après les avoir ingérés.

Nous devons ajouter, que les malades dont nous parlons ne présentaient aucun indice d'une affection scrofuleuse, ou de diathèse cancéreuse.

En résumé, nous pensons que c'est à tort qu'on range les squirrhes lardacés indolens du pylore, du cardia, de l'œsophage, des intestins parmi les variétés du cancer. Il est plus rationnel de les rapprocher des corps fibreux de la matrice, et d'autres transformations analogues qu'on rencontre quelquefois chez des individus qui n'en avaient fourni aucun indice pendant leur vie. Nous ne pouvons admettre non plus que les lésions doivent nécessairement passer à un autre état, quand elles ont existé sous la même forme un temps très-long pendant lequel elles se sont trouvées soumises à des chances multipliées d'excitation capable de hâter une terminaison quelconque. La forme d'un tissu anormal qui a vingt ans d'existence, doit être à son apogée, et son histoire doit être finie.

N° 108.— 10 Sept.

Société Phrénologique. — Sixième séance annuelle.

C'est le 23 août et en présence d'un nombreux auditoire, qu'a eu lieu la sixième séance de la société phrénologique de Paris ; l'abondance des matières nous a forcé d'en différer le compte rendu.

A deux heures, M. Fossati, président de la société, a ouvert la séance, et a prononcé un discours dans lequel il a exposé l'état actuel de la phrénologie, qui, dit-il, a beaucoup plus de prosélytes qu'on ne pourrait le penser ; car dans les Grandes-Indes, dans l'Amérique du sud, dans l'Amérique du nord, dans la Russie, en Suède, en Danemarck, à Copenhague, à Vienne, à Berlin, en Espagne, en Italie, dans la Grande-Bretagne, et en Écosse surtout, il existe beaucoup de sociétés phrénologiques ; il se publie un grand nombre d'ouvrages, il se crée de nombreuses collections phrénologiques.

(1) Essai sur l'anatomie pathologique.

M. Fossati remercie les adversaires de la phrénologie; car sans eux, les cours de MM. Broussais, Dumoutier et Voisin, qui ont été suivis si assidûment, n'eussent pas eu lieu.

M. P. Gaubert, secrétaire-général, a ensuite rendu compte des travaux de la société, et le public a écouté avec beaucoup d'intérêt le résumé des faits qui ont été soumis à l'observation des phrénologistes; entre autres, il en est un communiqué par le docteur Leroy, de Versailles. Il a pour sujet une femme très-avare; M. Leroy, sans la connaître, trouva dans un examen détaillé, ses organes en rapport parfait avec ce vice.

M. le docteur Voisin a pris ensuite la parole. Il a eu pour but de mentionner quelques considérations sur l'instinct destructeur, et de dire un mot sur la peine de mort. « La mort violente, selon M. Voisin, est une institution de la nature; c'est par elle que se trouvent assurées la nourriture et l'existence organique des êtres, et c'est par elle qu'on a enfin le mot de l'énigme, l'explication de tous ces sacrifices d'êtres vivans faits à d'autres êtres vivans. A cet effet, la cause première a tout profondément calculé, et a tout largement institué; elle a donné toutes les facultés, tous les instrumens, tous les organes propres à l'exécution de ses desseins. M. Voisin fait remarquer que tous les êtres sont merveilleusement organisés sous tous les rapports, de manière à céder à l'empire de cet instinct. Il montre enfin que la conformation des êtres vivans explique bien la nécessité des scènes continuelles de destruction qui règnent à la surface du globe.

» La nature a donc voulu que l'homme fût destructeur, et cela est si vrai, que si la faculté destructive fait défaut, la constitution est froide, si je puis m'exprimer ainsi, le caractère n'a point de couleur, l'esprit n'a point d'énergie, l'individu est indolent et passif; il a besoin d'une impulsion étrangère; sans elle le méchant le brave et le maltraite avec impunité; son ressentiment est nul, ses haines contre le vice ne sont pas vigoureuses; c'est un être sans conséquence et sans ressort, propre tout au plus à servir d'instrument ou de jouet à la foule active et passionnée de ses contemporains. Autant l'exercice de cette faculté, agissant dans certaines limites, est nécessaire, autant elle est dangereuse lorsqu'elle s'élance hors de ses bornes. La peine de mort en est le premier écart. Sous ce rapport, continue M. Voisin, la destructivité me fait constater la plus vive opposition pour condamner l'indignité des exécutions; ce sont les facultés humaines qui se révoltent contre la domination d'un penchant inférieur, et qui ne peuvent consentir à partager sa dégoûtante responsabilité.

» En effet, suivez un coupable depuis le moment où il comparaît devant la cour d'assises jusqu'à celui où vous le voyez monter à l'échafaud. La sentence de mort n'est pas prononcée sans que les membres du jury, les juges eux mêmes éprouvent un frémissement involontaire; n'est point exécutée sans que le peuple animal qui court au spectacle de cette sanglante tragédie, sans que les hommes d'armes, sans que le prêtre, sans que le bourreau lui-même soient douloureusement remués dans tout leur être; sans qu'il y ait sur tous les visages une consternation, un abattement, une laideur d'expression qui laisse souvent à l'homme que l'on va supplicier tous les avantages moraux de sa position. Alors le criminel, en se jettant dans les bras de son Dieu, ne se soumet pas à l'expiation trop forte qu'on lui fait subir et que son intelligence et sa conscience condamnent, et il meurt emportant avec lui l'intérêt de cette même société, qui ne s'était pas doutée que la vie ne doit être rendue qu'à celui qui l'a donnée. »

Ce discours a été souvent interrompu par des applaudissemens, et nous a paru produire une vive impression sur l'auditoire.

M. Dumoutier a lu enfin une notice tendant à prouver que Buffon était dans l'erreur lorsqu'il pensait que l'homme ne devait la supériorité de son intelligence qu'à la perfection de sa main.

Longtemps avant lui, Aristote soutint avec raison que l'invention des arts n'est due qu'à la raison et non aux mains, qui ne sont que des organes. L'opinion de Buffon, dit M. Dumoutier, est contredite par beaucoup de faits, et entre autres par le suivant, qui est de nature à ne laisser aucun doute sur l'influence du cerveau pour la manifestation des aptitudes artistiques, et que j'oppose aux adversaires de la phrénologie.

M. Ducornet est un peintre habile, sans bras; sa taille n'excède pas trois pieds deux pouces, son torse est raccourci par une triple déviation de la colonne vertébrale et par une gibbosité; il n'a pas de cuisses, est terminé inférieurement par deux sortes de *nates* de forme hottentote, et dont les pieds enfin sont très-courts et incomplets, puisqu'ils n'ont que quatre orteils chacun. Malgré cette difformité, M. Ducornet est beaucoup plus agile qu'on ne le croirait; mais il se tient debout fort peu de temps; d'abord parce qu'il essuie beaucoup de fatigue dans cette position, et qu'ensuite il veut conserver la seule ressource qu'il ait à sa disposition pour mettre à exécution l'art qu'il sent vivement, et dont il a d'ailleurs besoin pour soutenir sa famille. Son jeune âge a été très-orageux, tant par sa mauvaise santé que par sa pétulance insupportable; et il a fallu que sa famille aperçut en lui les germes de dispositions particulières pour entourer de soins bien fatigans un corps aussi frêle et aussi disgrâcié de la nature. Étant enfant, il jouait fort bien au bouchon, et ficelait très-habilement une toupie, qu'il lançait assez bien pour rivaliser d'adresse avec ses camarades.

A sept ans, M. Ducornet savait déjà écrire, et commençait à dessiner; plus tard, on le mit au collége où il fit de bonnes études, et lorsqu'il les eût terminées, il passa par les mains de plusieurs peintres célèbres. La nature l'a effectivement bien partagé sous le rapport phrénologique; car les instincts d'attachement d'association, les facultés morales sont très-développés. Parmi les facultés intellectuelles, les organes des aptitudes manuelles sont très-saillans; viennent ensuite sur la même ligne, la mémoire des formes, de l'étendue, des lieux, des faits, et le jugement. Une chose bien remar-

quable, c'est que les artistes qui connaissent le genre de M. Ducornet, lui reprochent d'avoir *trop de main*, et se servent proverbialement de cette expression.

Cette exposition courte et simple, a attiré une grande attention et M. Dumoutier, comme tous les autres orateurs de cette séance, a été fort applaudi.

L'heure étant trop avancée, M. Bernard de la Fosse, qui devait prendre la parole sur un sujet d'autant plus intéressant que son zèle pour la phrénologie est connu, s'est vu forcé de ne pas prolonger la séance.

B...

PATHOLOGIE INTERNE.

Cours de M. Andral.

Leçons sur les maladies des centres nerveux; recueillies par M. Malherbe.

(Suite du numéro 105.)

Des convulsions.

Il en a déjà été question, mais c'était comme symptôme : étudions-les maintenant comme maladie ; c'en est une à laquelle les enfans sont très-sujets.

Les convulsions ne sont autre chose qu'un mouvement violent, involontaire, peu durable, consistant dans des alternatives rapides de contraction et de relâchement. A ces traits on ne saurait les confondre avec le tétanos. Elles peuvent exister avec perte de connaissance ou non : la bouche n'est point écumeuse.

Tous les âges y sont exposés ; mais c'est surtout chez les enfans qu'on les remarque, et à propos de la cause la plus légère.

Il est certains états de l'économie très-variés au milieu desquelles elles peuvent éclater. Pour étudier ces états, il faut passer en revue les divers appareils de l'organisme.

Du côté du système nerveux central, on observe une condition primordiale qui dispose l'enfant aux convulsions : c'est un grand développement de la tête, une grande excitabilité. Les jeunes sujets qui sont ainsi prédisposés à cette maladie ont une peau fine, blanche, délicate, les muscles grêles, les yeux mobiles et hagards ; ils éprouvent des tressaillemens fréquens et sans cause connue, leur sommeil est léger et troublé par des rêves ; ils poussent des cris dûs sans doute aux terreurs paniques qui viennent les assiéger ; leur visage change rapidement de couleur pendant les veilles ; souvent les fonctions digestives sont modifiées, les selles sont remarquables par leur irrégularité.

Les convulsions peuvent naître à la suite de maladies aiguës, à l'occasion d'une frayeur, d'un emportement de colère, d'un sentiment de jalousie, à la vue de ces mêmes convulsions chez d'autres enfans, car cette affection est contagieuse à sa manière. On a dit que la femme qui, pendant sa grossesse, avait ressenti une passion forte, une émotion vive, peut donner le jour à un enfant qui apporte en naissant une prédisposition aux convulsions. Sans vouloir rejeter cette opinion, disons qu'il est des familles, des parens chez lesquels l'hystérie, par exemple, qu'on signale comme une cause, n'a jamais eu prise, et qui ne peuvent cependant élever leurs enfans à cause des convulsions dont ils sont atteints.

Des lésions ayant même leur siége loin des centres nerveux, allant toutefois retentir sur eux, ont déterminé des convulsions : telles sont la coupure de verrues, des pressions sur l'épigastre, sur la plante des pieds. L'exposition à un air chargé d'électricité, les vicissitudes atmosphériques doivent encore figurer dans le cadre des causes productrices de cette maladie. Ajouterons-nous qu'elle est aussi, dans bien des circonstances, le résultat d'une affection portant directement sur le système nerveux ? Dans ce cas, il faut faire remarquer qu'alors les convulsions sont seulement symptômatiques.

Les conditions diverses dans lesquelles sont susceptibles de se montrer les différens organes, ont une influence remarquable sur la production des convulsions. On les voit se déclarer à propos d'une dentition difficile chez les enfans, ainsi qu'à l'occasion d'une inflammation gastro-intestinale aiguë, et quelquefois même chronique. La rétention des matières fécales, la présence de vers en certaine quantité, et lorsqu'il y a prédisposition, déterminent encore les mêmes phénomènes chez ces jeunes sujets.

Si l'appareil respiratoire ne présente pas d'altérations aptes à faire éclater les convulsions, si ce n'est du moins qu'accidentellement, il n'en est pas de même pour l'appareil de la circulation. On en a vu, en effet, surgir au milieu d'un mouvement fébrile intense ; pareille chose a quelquefois été notée pendant les intermittences des fièvres.

Chez les nouveau-nés, comme aussi chez des individus plus avancés dans les périodes de la vie, elles sont parfois l'effet d'un état pléthorique. Par contre, l'anémie, celle même qui ne sera que secondaire, aura quelquefois les mêmes conséquences. Les convulsions au milieu desquelles succombent les enfans, sont souvent le résultat de maladies chroniques. Non-seulement chez ces jeunes êtres, mais encore chez les femmes et chez tout individu qui a fait une perte trop considérable de sang, des convulsions peuvent se manifester. Elles ne sont pas très-rares à la suite d'épistaxis abondantes, de piqûres de sangsues qui coulent trop, de pertes menstruelles ou consécutives à l'accouchement, en un mot à la suite de toute hémorrhagie immodérée. Les cancers de l'utérus en sont encore une cause, et on se l'explique aisément. Elles surviennent aussi après certaines saignées. Il est clair que, dans ces cas, le cerveau ne recevant plus de sang en quantité suffisante pour être excité convenablement, cesse ses fonctions normales, entre dans un état de souffrance qui donne lieu aux phénomènes que l'on observe. Est-il nécessaire de dire que l'afflux excessif du sang vers l'encéphale entraîne les mêmes accidens ?

Une alimentation insuffisante, incapable de fournir aux frais de la nutrition qui, comme on le sait, est très-active chez les enfans, et exige d'autant plus, que chez eux les organes ont besoin de développement, devient une cause de convulsions, parce que ce défaut de nourriture convenable entraîne l'appauvrissement du sang, qui dès lors ne porte plus au cerveau le stimulus nécessaire, indispensable pour l'entretien, le maintien et la régularité de son action. En général. chez les enfans surtout, les convulsions sont plutôt l'effet de l'anémie que de l'hypérémie.

On voit donc que le sang peut nuire au cerveau, troubler ses fonctions par surabondance, par défaut ou par sa trop petite quantité, comme aussi par sa viciation, sa mauvaise nature; c'est de cette dernière manière particulièrement qu'agissent certaines substances délétères introduites dans le sang.

Les émotions fortes ont souvent sur les nourrices une influence telle que leur lait en est modifié, altéré, et que l'enfant qui le suce s'en trouve mal, tombe dans des convulsions qui ne sont pas toujours sans un grand danger. Mais que penser du lait qui, dans les conditions normales, produit cependant des convulsions chez l'enfant qui s'en nourrit? Faut-il croire que le lait de certaines femmes ne peut être donné à d'autres enfans qu'aux leurs propres, sans que chez ceux-là la maladie qui nous occupe se manifeste? M. Brachet, de Lyon, l'a dit, appuyé qu'il était sur un exemple.

La transfusion du sang a été suivie de convulsions, ce qui prouve que le sang de l'un a des qualités différentes de celui de l'autre.

Examinant le rôle que peuvent jouer les appareils sécréteurs, ou plutôt les sécrétions elles-mêmes dans la production de cette sorte de névrose, qu'apprendrons-nous? Que des sécrétions morbides longues et supprimées tout à coup, de même qu'une sécrétion excessive qui dépouille le sang d'une partie trop considérable de sa richesse sont capables d'amener des convulsions. Nous en dirons autant d'un accroissement rapide chez les enfans.

Certaines altérations de la peau peuvent aussi causer les mêmes accidens : telles sont, chez les enfans, les piqûres, l'impression d'un air froid; le corps étant dans un état de chaleur, et surtout la rougeole, la scarlatine et autres exanthèmes qui sont souvent précédées de convulsions effrayantes qui se reproduisent encore parfois quand ces affections cutanées disparaissent subitement.

L'abus des fonctions génératrices, l'onanisme, spécialement chez les jeunes sujets, en sont encore des causes. On les observe aussi chez les jeunes filles, à l'époque de la première apparition des règles et même à plusieurs des époques menstruelles; la suppression de ce flux périodique, la grossesse, le travail de l'accouchement y donnent souvent lieu: mais dans cette dernière circonstance, il faut bien distinguer les cas où elles sont le résultat de souffrances physiques et morales, et ceux dans lesquels elles dépendent d'hémorrhagies. On les voit quelquefois survenir au moment où après l'accouchement tout tend à rentrer dans l'ordre. L'âge de retour chez les femmes n'en est pas exempt.

Si les convulsions se ressemblent par leurs symptômes, elles diffèrent par leur nature, leurs causes, comme nous venons de le voir.

Quel est donc dans cette maladie, l'état du cerveau? Est-il toujours le même, quelle que soient les causes auxquelles elle se rattache? M. Andral pense qu'il peut se trouver dans des conditions bien variées. Tantôt rouge, congestionné, injecté, hémorrhagié; tantôt au contraire, il se montrera pâle, anémique, ou ramolli, ou bien encore contenant des productions accidentelles; d'autres fois enfin, il n'offrira rien de remarquable, et aura conservé son état normal.

Quand la cause de la maladie est partie d'un point éloigné du cerveau, il pourrait aussi se faire que l'on y constatât des altérations; mais comme il est possible qu'on n'y en remarque aucune, il faut en conclure que les convulsions ne sont pas liées invariablement à un état pathologique de l'encéphale, et qu'en conséquence le traitement doit prendre une direction en rapport avec les causes de l'affection et avec toutes les circonstances qui s'y rapportent.

N° 109. — 18 Sept.

HOPITAL DE LA PITIÉ.

M. Lisfranc.

Quelques considérations sur la saignée du bras.

Je vous ai entretenu d'une saignée malheureuse pratiquée dans les environs de Paris; je n'ai pas besoin de redire qu'un anévrysme traumatique en a été la suite; vous vous rappelez que nous avons été obligé de lier l'artère brachiale sur le tiers inférieur de ce vaisseau. Sous ce point de vue et sous beaucoup d'autres, je crois qu'il peut être très-utile de vous parler de la phlébotomie des veines de l'avant-bras. Je vais le faire avec d'autant plus de plaisir, que depuis Lafaye les chirurgiens ne se sont presque pas occupés de cette opération, qu'il existe d'assez grandes lacunes à remplir dans la science; et que le malheur arrivé au malade couché dans la salle Saint-Antoine n'est pas très-rare. Depuis dix ans je l'ai observé quatre fois.

Plus souvent qu'on ne le pense, l'artère cubitale est sous-aponévrotique dans toute l'étendue de son trajet, l'artère radiale offre beaucoup plus rarement la même anomalie.

Il est des cas dans lesquels l'artère humérale est située beaucoup plus près de la tubérosité interne de l'humérus que les anatomistes ne l'ont indiqué. J'ai vu dans mes cours de médecine opératoire, trois sujets chez lesquels elle siégait sur la partie interne et inférieure du bras, et se recourbait presque à angle droit pour venir se rendre sur la partie antérieure et moyenne de l'articulation cubito-humérale. J'ai montré une disposition presque semblable sur l'un de mes prosecteurs.

Avant d'appliquer la ligature, il faudra donc s'assurer si les anomalies que je viens d'énoncer n'existent pas; car elle diminuerait ou ferait cesser les pulsations de l'artère, et empêcherait de constater les variétés anatomiques.

J'ai vu un sujet chez lequel un élève ne pouvait pas mettre à découvert l'artère humérale vers sa partie inférieure; je la cherchai et je la trouvai couverte dans l'étendue de trois travers de doigts au-dessus de l'articulation par le faisceau musculaire superficiel et interne de l'avant-bras, qui se prolongeait jusqu'à la hauteur que je viens d'indiquer. La pièce fait partie de la belle collection des variétés anatomiques recueillies à l'amphithéâtre des hôpitaux par M. Serres.

Il suffit d'avoir indiqué ce cas pour qu'il n'embarrasse point quand on devra pratiquer la saignée ou faire la ligature de cette artère.

On trouve tantôt plus, tantôt moins de veines que les anatomistes, en général, n'en ont indiqué. Tout le monde sait combien varient la direction et le nombre de ces vaisseaux; mais un fait remarquable et très-important, c'est que plus les veines sont près du côté *externe du membre*, moins on rencontre auprès d'elles de *filets nerveux*.

Le nerf musculo cutané ne se dégage d'entre le brachial antérieur et le biceps qu'à la moitié de la hauteur du tendon de ce dernier muscle. Au-dessus de ce point, je n'ai jamais trouvé de filets nerveux autour de la veine médiane céphalique.

Il résulte des faits d'anatomie chirurgicale que vous venez d'entendre :

1° Que la partie supérieure de la veine médiane céphalique est le point le plus avantageux pour pratiquer la saignée.

2° Que chez les sujets dont le système musculaire est assez développé, la pronation de l'avant-bras couvrant avec le long supinateur le nerf musculo-cutané et le tendon du biceps, l'on peut saigner plus bas.

3° *Que* dans les cas où les muscles seraient minces, *la pronation ne* remplirait pas le but que nous venons d'*atteindre* si, à cette première position que nous avons donnée au membre, l'on ne joignait une légère flexion.

4° Lorsqu'on ne pourra pas ouvrir la médiane céphalique l'on donnera la préférence :

1° A la radiale externe;

2° A la radiale interne;

3° A la médiane moyenne.

Mais n'omettons pas de faire remarquer que si cette veine rampait sur l'interstice musculaire formé par le long supinateur et le rond pronateur, elle serait adossée à des filets nerveux dont la lésion deviendrait presque inévitable; que d'ailleurs, chez les sujets dont les muscles seraient peu développés, l'artère radiale située alors immédiatement sous l'aponévrose anti-brachiale pourrait être lésée. Or, cette veine ne devra être ouverte que quand elle siégera en dehors ou en dedans de l'interstice musculaire dont nous venons de parler.

5° Le grand nombre de filets nerveux qui accompagnent les veines cubitales semble ne pas devoir permettre de les ouvrir. Si l'on ne pouvait saigner que sur elles, nous préférerions la phlébotomie faite sur l'externe.

Toutes les fois que nous nous sommes occupé de la saignée dans nos cours d'opérations, nous avons demandé à messieurs les élèves si leur veine médiane basilique n'avait pas été ouverte. Presque toujours nous avons vu qu'elle l'était sur le point par lequel elle correspond immédiatement à l'artère. Pourquoi la phlébotomie est-elle pratiquée sur ce lieu! C'est parce que la veine y est plus saillante; mais il est évident que si elle peut être constatée par le toucher dans l'endroit dont nous venons de parler, on peut très-bien aussi sentir sa fluctuation, soit en dedans, soit en dehors de l'artère humérale.

La veine médiane basilique sera ouverte en dehors de l'artère.

Lorsque l'anastomose de la veine médiane basilique avec la médiane céphalique se fait trop près du condyle interne de l'humérus, on saigne la médiane basilique en dedans du tube artériel; il est vrai que le nerf médian pourrait être lésé, mais sa lésion produirait des accidens moins graves que l'ouverture de l'artère.

Plus l'angle formé par la veine médiane basilique avec l'axe de l'artère humérale se rapprochera de l'angle droit, plus les principes que nous venons d'établir seront faciles à mettre en usage.

Quand la veine médiane basilique descend presque parallèlement à l'axe du membre, elle rampe dans beaucoup de cas sur le corps du biceps et sur son tendon; alors son anastomose avec la médiane céphalique est située plus en dehors; il est aisé d'éviter l'artère en saignant de ce côté.

Les manches des vêtemens que portent les femmes, surtout à la campagne, sont extrêmement étroites, l'opérateur les fait ordinairement retrousser, il applique la ligature, pratique la saignée, et très-souvent un instant suffit pour que le sang cesse de couler. J'ai vu de jeunes chirurgiens vouloir ouvrir une seconde fois la veine. Vous éviterez cet inconvénient en faisant déshabiller la malade.

Les veines sous cutanées, surtout celles du membre abdominal, contiennent beaucoup moins de sang le matin, lorsque les malades sont encore au lit et qu'ils y ont passé la nuit : il est souvent très-difficile de reconnaître alors la présence des vaisseaux. Il faut, s'il est possible, faire lever la personne qu'on doit saigner, et l'engager à prendre un peu d'exercice.

On a avancé que, quand une veine avait été souvent ouverte et qu'elle était le siége d'un très-grand nombre de cicatrices, il ne fallait pas l'ouvrir de nouveau, parce qu'on la trouvait entièrement oblitérée ou trop rétrécie pour donner la quantité de sang qu'on voulait extraire. Voilà un précepte qu'on a copié et recopié de siècle en siècle, et que dément l'anatomie pathologique.

Pendant les dix-huit années que j'ai fait manœuvrer la médecine opératoire sur le cadavre et que j'ai enterré les obliques de haut en bas, de dehors en dedans,

d'arrière en avant et de gauche à droite de la faculté de médecine de Paris, j'ai disséqué et fait disséquer ces veines dans un nombre infini de cas, je n'ai pas trouvé d'oblitération complète; le vaisseau avait presque toujours conservé sa capacité ordinaire : rarement il était un peu rétréci. Je pense que l'erreur dans laquelle on est et que je viens de combattre, tient à la difficulté qu'on éprouve souvent à sentir la fluctuation fournie par le vaisseau, difficulté due à la dureté et à l'épaississement que les cicatrices ont données aux tissus.

Le phlébotomiste fait souvent des saignées blanches, et souvent aussi il traverse le vaisseau de part en part sur les personnes qui ont beaucoup d'embonpoint. Ces accidens tiennent à ce qu'il opère avec trop de promptitude, il faut, au contraire, que l'instrument pénètre dans les tissus avec lenteur; on sentira ainsi le défaut de résistance fourni par la lancette lorsqu'elle arrivera dans la capacité de la veine, et l'on verra le sang monter le long de la lame : en prenant les précautions que nous venons d'énoncer, on ne doit pas craindre de pénétrer trop profondément, si, comme on le conseille partout, on a préalablement bien senti et bien assujéti le vaisseau.

On fait assez communément usage de deux lancettes : celle à grain d'avoine et celle à grain d'orge. Mon opinion est qu'on doit se servir exclusivement de la première; car si le vaisseau est profond, la lancette à grain d'orge a l'inconvénient d'inciser la peau dans une trop grande étendue de sa surface; si le vaisseau est superficiel, on peut avec la lancette à grain d'avoine produire une solution de continuité assez grande pour permettre au sang une issue facile, en faisant exécuter un peu plus étendu à la lame de l'instrument le léger mouvement de bascule qu'on doit lui imprimer.

Mais l'opérateur vient de faire une saignée blanche; il doit, avant de se décider à pratiquer une seconde incision sur la peau, recourir aux principes suivans :

1° Le chirurgien s'assurera si la solution de continuité des tégumens est placée sur la veine qu'il voulait ouvrir; dans ce cas, il dira au malade, pour le tranquilliser, qu'un morceau de graisse empêche le sang de couler, et il reportera sans déplacer la peau, son instrument dans la solution de continuité. Je n'ai pas besoin de dire que la lancette pénétrant plus profondément, ouvrira le vaisseau; ainsi, l'on évitera aux yeux des gens du monde le désagrément d'une double piqûre.

2° Dans le cas où la plaie pratiquée sur les tégumens ne correspondrait pas au vaisseau, on la déplacerait, on tâcherait de la ramener sur la veine, et l'on se comporterait comme nous venons de le dire : ce moyen m'a souvent réussi.

On a dit que quand le vaisseau était volumineux, saillant, il fallait l'ouvrir en portant la lancette presque horizontalement sur lui; ce précepte est mauvais, car les tissus qui recouvrent le vaisseau seront ainsi divisés dans une plus grande étendue; de là nécessairement plus de facilité pour rencontrer les filets nerveux, de là nécessairement plus de douleur. La ponction doit toujours être faite perpendiculairement.

Il arrive quelquefois qu'en assujétissant le vaisseau avec le pouce pour l'empêcher de rouler, il se vide presque complétement dans le point où il va être ouvert. Pour éviter cet inconvénient, on comprime en même temps avec le doigt indicateur de la même main, au-dessus de ce point.

Une saignée générale est indispensable; cependant il est impossible de voir ou de sentir les veines du pied, de la jambe, du poignet, de l'avant-bras et du bras; on renonce alors à la phlébotomie, malgré tous ses avantages. On sait qu'elle ne peut pas toujours être remplacée par l'artériotomie ou par la saignée locale; mais la veine céphalique rampe constamment sur l'interstice formée par les muscles deltoïde et grand pectoral; ne pourrait-on pas la mettre à découvert et l'ouvrir? L'opération est très-facile; il suffit de pratiquer une incision d'environ un pouce de longueur parallèlement à l'axe de l'humérus et à un travers de doigt en dedans du sommet de l'apophyse coracoïde : après avoir divisé la peau et le tissu cellulaire, on aperçoit le vaisseau.

M. Lisfranc se livre à beaucoup d'autres considérations moins importantes sur le saignée du bras, qu'il manœuvre même devant ses élèves : nous avons cru ne devoir insérer ici que les points les plus saillans des trois belles et chaleureuses leçons qu'a faites le chirurgien de la Pitié sur la phlébotomie.

ÉCOLE PRATIQUE.

Cours public d'ophthalmologie de M. Rognetta.

(Troisième leçon.) — *Strabisme.*

§ 1er. *Généralités.* Le mot strabisme (*strabositas, luscitas*, vue louche, *distortio oculorum*, yeux de travers, *visus obliquus, obliquè intuendi, obliquo visu laborans*), indique une défectuosité fonctionnelle de l'œil, qui consiste dans un manque de parallélisme des axes visuels pendant le regard. Par axe visuel, on doit entendre ici une ligne qui, partant du centre de la cornée, passe par le milieu du cristallin et aboutit sans déviation au centre de la rétine.

Si l'on prolonge les deux axes visuels en avant vers un point très-éloigné, comme par exemple, vers le bout d'une très-longue allée cotoyée par des arbres, ils convergent évidemment entre eux : ce qui le prouve, c'est que les deux côtés de l'allée semblent se rapprocher réciproquement, au point de se toucher presque vers leur extrémité lointaine.

On conçoit la raison de ce phénomène lorsqu'on se rappelle que les deux pupilles convergent naturellement en avant. Effectivement, ces ouvertures, comme on sait, ne sont pas sculptées dans le centre de l'iris, mais bien un peu en dedans vers le nez.



Lorsque cependant la vision s'exerce aux distances ordinaires du regard normal, la convergence des deux axes qu'on dirige sur le même objet est si peu apparente qu'on peut les considérer comme parallèles entre eux; c'est dans ce dernier sens que doit s'entendre le mot parallélisme, que nous venons de poser dans la définition du strabisme. Je dis aux distances ordinaires, car si l'objet est très-rapproché, il y a convergence forcée, comme quand on regarde une tache sur le bout du nez, par exemple.

Ajoutons néanmoins qu'en se prolongeant, les deux axes visuels se trouvent sur le même horizon ou sur le même plan horizontal, pendant le regard normal. Or, si par une cause quelconque ils se dévient de ce niveau, de manière que l'un se dirige en haut, l'autre en bas, il y aura rupture de leur nivellement et de leur parallélisme à la fois. De là suit :

1° Qu'il y a strabisme lorsque l'axe visuel est dévié de sa direction normale, soit horizontalement, soit verticalement, soit dans l'un et l'autre sens à la fois.

2° Que cette rupture du parallélisme axuel peut dépendre d'un seul œil ou bien de tous les deux à la fois (*Gendron*). On voit effectivement dans quelques cas rares de strabisme divergent, avec ou sans amaurose, les deux globes oculaires tournés en dehors. Dans le strabisme temporaire par convulsion oculaire, comme chez certains aveugles de naissance, on observe aussi le même phénomène. En général, cependant, ainsi que Buffon l'a fait remarquer, le strabisme permanent n'existe que d'un côté.

Le mot strabisme a été tiré des deux racines grecques, *strabos*, oblique, et *ops* vision; d'où le verbe *strabizin*, obliquè intueri. Le strabisme, du reste, se rencontre à tout âge, dans tous les sexes et dans toutes les classes de la société. En général pourtant, on le voit plus fréquemment chez les enfans; cela s'explique par la petitesse de la sphère visuelle; le champ de la vision étant fort étroit en bas-âge, les enfans sont obligés de beaucoup approcher les objets pour bien voir, ils ne voient le plus souvent qu'avec un œil; aussi l'autre a-t-il une grande tendance à se tourner en dedans.

§ 2. *Variétés*. 1° Considéré sous le rapport de son intensité, le strabisme présente trois degrés qu'on peut mesurer d'après l'angle d'inclinaison de la ligne axuelle de l'œil dévié. Buffon réglait cette mesure sur la quantité de différence de la force visuelle des deux rétines; ainsi, par exemple, une différence de trois dixièmes dans la force des yeux, constituait pour lui le premier degré du strabisme. Bien qu'une pareille inégalité existe réellement dans plusieurs cas de strabisme, néanmoins les yeux peuvent être amaurotiques et se dévier de leur axe en même temps; de sorte que la mensuration de Buffon n'est pas applicable dans tous les cas.

Dans le premier degré, l'angle d'inclinaison axuelle de l'œil louche est à peine prononcé. C'est ce qu'on pourrait appeler *trait oblique de la vue*. Buffon a donné le nom de *faux trait de la vue* à une variété particulière de strabisme, qui se manifeste lorsqu'on veut regarder de très-près. Dans le regard lointain, les axes sont normalement dirigés; mais à mesure que l'objet se rapproche, les yeux n'ont pas la force de converger convenablement, ils restent parallèles; aussi ces personnes à faux trait visuel ont-elles l'air de regarder vers des objets lointains, alors qu'elles parlent à des individus placés devant elles, ce qui est fort désagréable. Le faux trait de la vue de Buffon consiste donc évidemment dans un égal degré de faiblesse des muscles adducteurs. Boyer a aussi décrit sous le nom de strabisme incomplet une faiblesse musculaire unilatérale. Un homme présentait le regard normal lorsqu'il visait un objet placé devant lui; mais s'il regardait à gauche, la cornée de l'œil droit restait au milieu de l'orbite, tandis que celle du gauche se dirigeait seule vers le petit angle de l'œil, et le malade voyait double. Ce strabisme dépendait d'une faiblesse du muscle adducteur. Nous citerons plus loin des cas analogues.

Dans le second degré, l'inclinaison de la cornée est très-manifeste. Tant que la déviation n'est pas portée au point de cacher la moitié de la cornée dans l'orbite ou sous les paupières, et de couvrir par conséquent la pupille, on peut dire que le strabisme est au second degré. Cette variété est la plus fréquente.

Le troisième degré enfin est caractérisé par la cécité momentanée, par l'immersion répétée de la cornée et de la pupille dans la fosse orbitaire. Wardrop, qui a le premier décrit cette variété de strabisme, parle d'une personne borgne dont l'œil sain se tournait tellement en dedans, que la cornée entière en était cachée par momens. Pour voir, cette personne était obligée de porter le bout du doigt indicateur vers la caroncule lacrymale, et de presser fortement pour empêcher mécaniquement l'œil de se tourner en dedans. J'ai vu souvent le strabisme au troisième degré chez des aveugles de naissance.

2° Examiné sous le rapport de la direction axuelle, le strabisme est convergent ou interne; divergent ou externe: ascendant ou supérieur (sursùm versio oculorum); descendant ou inférieur.

La première de ces variétés est sans contredit la plus fréquente. Cela tient probablement à l'excentricité nasale de la pupille, à l'obliquité naturelle des yeux dans le même sens, et à la force des muscles adducteurs, qui est, en général, supérieure à celle des abducteurs: il est plus facile d'exagérer une disposition naturelle que d'en prendre une contraire. Les deux dernières variétés ont été niées par des auteurs respectables. (Buffon, Boyer, Wardrop.) Cela m'étonne d'autant plus qu'on peut trouver dans leurs propres ouvrages des exemples de ces variétés de strabisme. Ainsi Boyer cite un fait de Morgagni concernant un prêtre qui voyait double les lettres d'un livre lorsqu'il baissait les yeux pour lire; il voyait normalement, au contraire, si le livre était placé en face et à la hauteur des orbites. Ce phénomène dépendait d'une faiblesse du muscle abaisseur de l'œil droit. (Morgagni.) N'est-ce pas là un exemple de strabisme ascendant? Il existe une foule de cas analogues.

Je connais un savant chimiste d'une laideur sans

pareille, offrant un strabisme sursùm vertens très prononcé, et qui lui donne l'air d'un crocodile qui vous regarde du fond d'une rivière. Le strabisme descendant est le plus rare de tous. En général, les strabismes verticaux s'observent rarement, parce que ces mouvemens des yeux sont exécutés par des muscles analogues ou congénères, tandis que les mouvemens latéraux tiennent à des muscles dissemblables, c'est-à-dire adducteur d'un côté, abducteur de l'autre, etc.

Il y a enfin une sorte de strabisme qu'on pourrait appeler vague chez certains amblyopiques de naissance, à cause de l'agitation singulière de leurs yeux. Ces organes se dirigent tantôt l'un en haut et en dedans, par exemple; l'autre en bas et en dehors ou dans un autre sens désharmonique; tantôt l'un d'eux, ou bien tous les deux exécutent une sorte de mouvement semi-circulaire, comme le disque du balancier d'une pendule. Cet état est toujours combiné à un clignotement continuel assez fatigant à voir.

3° Sous le point de vue de son origine, le strabisme est congénital ou accidentel. Le premier peut être héréditaire quelquefois. Il y a des familles dans lesquelles la vision louche se perpétue pour ainsi dire, soit par défaut d'organisation primitive, soit par imitation.

Cette variété est souvent combinée à la myopie.

4° Enfin, sous le rapport de sa gravité, le strabisme est simple ou bien compliqué de myopie, d'amblyopie ou d'amaurose, de taches de la cornée, de paralysie musculaire et de diplopie. Cette dernière complication n'existe que dans le strabisme aigu dépendant de paralysie ou de faiblesse musculaire.

§ 3. *Etiologie.* On peut ranger sous quatre chefs les causes du strabisme.

1° Inégalité congénitale ou accidentelle de la force des deux rétines. Il est de fait que l'œil louche est ordinairement plus faible que l'autre. En faisant regarder successivement un objet avec chaque œil, on l'apercevra moins nettement de l'œil louche que de l'autre. Cette remarque, qui a été faite par Buffon la première fois, a été considérée par cet observateur comme la cause unique du strabisme. Ce qui semble appuyer l'opinion de Buffon, c'est qu'en fortifiant l'œil louche on guérit le strabisme; c'est en outre la possibilité de faire passer le strabisme d'un œil à l'autre, en affaiblissant beaucoup l'œil sain, moyennant un bandeau porté pendant longtemps.

Bien que ce fait soit très-vrai, en général, l'explication peut en être fausse; car, d'un côté, nous voyons souvent un œil très-sain se dévier par faiblesse musculaire, et ne devenir amblyopique que consécutivement par le manque d'exercice; c'est ce qui a toujours lieu dans le strabisme qui débute par la diplopie. Dans ce cas, Buffon prenait l'effet pour la cause.

D'un autre côté, l'amblyopie unilatérale n'est pas toujours accompagnée de strabisme. (Wardrop.) Il est vrai que d'après Buffon, cette inégalité de la force visuelle ne doit pas dépasser de beaucoup les trois dixièmes pour qu'il y ait strabisme, car si la différence de force est considérable, dit Buffon, la vue s'exerce nettement avec l'œil sain, et la déviation de l'œil faible n'a point lieu. (Boyer.)

Cette doctrine ne me paraît pas exacte; car nous voyons souvent les yeux amaurotiques se dévier de leur direction normale comme dans le strabisme ordinaire. On voit bien par les considérations qui précèdent que je n'attaque que l'explication et l'application trop générale qu'on a voulu faire de cette observation importante sur le strabisme.

2° Inégalité ou désharmonie de la force des muscles de l'œil. La paralysie de la paupière supérieure est toujours accompagnée de strabisme divergent, parce que les muscles droits, supérieur, inférieur, interne, petit-oblique, qui reçoivent les nerfs du même tronc que le releveur palpébral (troisième paire), sont constamment paralysés en même temps; le muscle droit externe, qui est animé par la sixième paire, tire alors le globe en dehors; de là diplopie et strabisme divergent.

Dans les convulsions, dans la colère, durant l'ivrognerie, etc., la vision devient souvent momentanément louche et diplopique par la réaction encéphalique qui retentit sur les nerfs des muscles moteurs de l'œil.

La dentition, les vers intestinaux, l'embarras gastrique, le chagrin, les veilles trop prolongées, l'abus des plaisirs vénériens et de la table, l'hydrocéphale, l'apoplexie, etc., produisent quelquefois par le même mécanisme une sorte de strabisme périodique ou permanent, ou bien augmentent l'obliquité préexistante dans le regard. Il en est à peu près de même du rhumatisme articulaire des yeux et de quelques blessures intra-orbitaires qui occasionnent la vue louche.

3° Déviation mécanique de l'axe visuel. Les orbitocèles, les taches centrales de la cornée, la cataracte commençante, la cataracte congénitale, la pupille artificielle, produisent souvent le strabisme par les efforts continuels que la pupille est obligée de faire pour recevoir la lumière dans telle ou telle direction vicieuse. On a vu, et j'ai observé moi-même, à la suite de taches centrales de la cornée, la pupille se déplacer par ses efforts naturels, et se rapprocher petit à petit de l'endroit diaphane de la cornée. L'iris peut donc être, sous ce rapport, comparé aux fleurs de certaines plantes tournesol qui se tournent toujours du côté du soleil.

4° Habitude vicieuse et imitation. Les yeux tournés pendant un certain temps dans une direction oblique, finissent par devenir louches. Une jeune femme traitée pour une coxalgie dans une chambre éclairée par une petite fenêtre, portait continuellement les yeux vers l'endroit de la lumière qui lui arrivait latéralement : elle finit par loucher. On changea la position du lit, on obligea la malade à diriger ses yeux dans un sens opposé et le strabisme se dissipa. (Wardrop.)

Les enfans que les nourrices couchent à côté d'une fenêtre ou de corps très-brillans, comme une glace, une pendule, etc., deviennent facilement louchers par le même mécanisme. Il en est de même de quelques écoliers ou écolières qui s'amusent à tourner souvent et

forcément les yeux en dedans en regardant la pointe de leur nez. Il est prouvé enfin que quelques enfans contractent le strabisme par simple imitation de leurs frères et sœurs, de leurs camarades ou amis de pension. Je connais moi-même plusieurs exemples de ce cas.

En résumé, les causes du strabisme sont ou inhérentes à l'œil lui-même, comme celles de la première et quatrième catégories ; ou bien extrà-oculaires. Ces derniers peuvent être intrà-orbitaires, intrà-crâniennes ou bien abdominales.

On prévoit déjà par ces précédens, que la thérapeutique du strabisme doit offrir un plus grand nombre d'indications que les auteurs ne signalent généralement pas, et que plusieurs de ces indications sont malheureusement souvent au-dessus des ressources de l'art.

110. — 15 Sept.

HOPITAL D'INSTRUCTION D'ALGER.

M. Baudens, professeur.

Amputation dans le quart inférieur de l'avant-bras, d'après ma méthode mixte; trois points de suture; réunion linéaire; guérison parfaite en 12 jours.

Ali-Ben-Mohamed, de la tribu des Douares, combattait au Sig sous nos drapeaux, contre l'émir Abdel-Kader, quand son fusil vint à éclater, et lui enleva la main gauche. Il ne restait que quelques os du carpe et du métacarpe, brisés en éclats et conservés au milieu de tissus tendineux et cutanés, noircis par la poudre, dilacérés et d'un aspect hideux.

Le défaut de tégumens m'obligea d'amputer dans le quart inférieur de l'avant-bras, au lieu de faire choix de l'articulation radio-carpienne pour lieu d'élection.

Quinze minutes s'étaient à peine écoulées depuis le moment de l'accident, que l'appareil à amputation était déjà disposé; et que cet Arabe, assis sur une cantine, attendait l'opération avec cette résignation fanatique du mahométan; je la pratiquai immédiatement, sur le champ de bataille et sous le feu de l'ennemi.

Dans le premier temps opératoire, je divisai circulairement et à un pouce au-dessous de l'articulation radio-carpienne les tégumens, qui furent disséqués et relevés en forme de manchettes, à dix-huit lignes au-dessus de celle-ci.

Dans le deuxième temps, les muscles fléchisseurs, puis les extenseurs, furent divisés de dedans en dehors, et séparés à la hauteur d'un pouce d'avec les surfaces antérieure et postérieure du ligament inter-osseux, pour former deux lambeaux charnus.

Dans le troisième temps, le couteau décrivit le 8 de chiffre pour contourner les os et former un sillon à la scie, qui agit d'abord sur le radius, puis sur celui-ci et le cubitus, et enfin sur le radius.

J'obtins de la sorte un cône rentrant à sommet osseux, à base tégumentaire et à corps ou partie moyenne charnue.

Les artères radiale et cubitale furent liées; un bandage roulé, légèrement contentif, fut appliqué sur le membre, en ayant soin de bien ramener les parties molles vers le moignon. Les lèvres de la plaie furent affrontées en travers, et fixées par trois points de suture dont le fil comprenait quinze lignes de longueur de tissus cutanés, et en même temps une partie des muscles.

Le pansement, fait comme de coutume, fut humecté d'eau froide pendant quatre jours. Le malade fit route à pied; arrivé au bivouac, je lui offris une place sous la tente; mais il refusa, préférant passer la nuit au café maure qui accompagnait l'expédition. Je ne revis cet amputé que dix jours plus tard, à Moustaganem, où il vint se faire panser. Je coupai les points de suture, qui seuls laissaient suinter un peu de suppuration. Les extrémités osseuses radiale et cubitale étaient tapissées par une masse charnue provenant des lambeaux musculaires précités, et formant un coussinet que couronnait une cicatrice ferme, transverse et linéaire.

Amputation partielle du corps de la mâchoire inférieure; guérison parfaite.

F..., soldat au 13e de ligne, âgé de 23 ans, et de bonne constitution, reçut, dans l'Atlas, le 1er avril 1836, une balle qui, entrée dans la commissure des lèvres du côté gauche, avait sa sortie à la partie médiane et latérale droite du col.

L'examen de la blessure, à l'aide du doigt, me fit reconnaître une fracture comminutive avec perte de substance dans l'étendue de trois pouces du corps de la mâchoire inférieure dont les bouts fracturés étaient très-anguleux. Le tissu de la langue traversé par le plomb, était parsemé d'esquilles que j'enlevai avec soin.

Afin de rendre la plaie simple de compliquée qu'elle était, de retirer tous les corps étrangers, et de réséquer les fragmens dénudés et aigus de la fracture pour éviter les lenteurs interminables de l'exfoliation, je plaçai la lame de mon bistouri dans l'angle de la commissure gauche des lèvres que des aides maintenaient tendues, afin d'en faciliter la division : je fis celle-ci en suivant une ligne dirigée obliquement en arrière et en bas, à un demi-pouce au-dessous du corps de la mâchoire et près de l'attache du muscle masséter.

Saisissant moi-même de la main gauche les deux lambeaux, je les détachai complétement de la face antérieure du corps de l'os, et je portai la scie sur l'un et l'autre fragment, d'abord près de la symphyse du menton, puis immédiatement en dehors des attaches du masséter. Je repris le bistouri pour diviser les parties molles qui se fixent à la face interne de ces portions osseuses, et leur séparation se trouva dès lors complétement terminée.

Je tordis l'artère faciale, réunis les parties molles par 4 points de suture, et soutins les bouts de la mâchoire amputée par un bandage convenable. J'eus soin de bien affronter l'angle de la commissure, pour ne laisser au-

cune difformité, et de conserver dans le point le plus déclive de la plaie un hiatus pour l'écoulement du pus et des humidités.

Deux saignées générales furent faites dans les premiers jours pour prévenir une trop forte réaction inflammatoire et ses irradiations sur l'encéphale. Le malade a marché vers une guérison rapide et sans aucun accident. Au bout de six semaines, il est sorti de l'hôpital guéri, et commençant à broyer des alimens solides.

Amputation de toute la branche gauche ascendante de la mâchoire inférieure; guérison.

P.., soldat au 13e régiment de ligne, 24 ans, de bonne constitution, reçut de très-près une balle qui, entrée au milieu de la joue gauche, était sortie à côté de l'apophyse épineuse de la septième vertèbre cervicale.

La branche ascendante de la mâchoire inférieure était brisée en esquilles nombreuses, dont plusieurs avaient été entraînées dans le long trajet parcouru par le projectile.

Pour remédier aux désordres, simplifier la plaie et prévenir les accidens, je portai mon bistouri à 4 lignes au-dessous de l'articulation temporo-maxillaire, et je fis tomber une incision profonde jusqu'à l'os, dirigée un peu obliquement en avant et en bas, afin de la terminer entre les fibres antérieures du muscle masséter, à six lignes au-dessous du rebord de la mâchoire.

Cette division, commencée immédiatement au-dessous du nerf de la septième paire, me permit de le conserver intacte et de voir la glande parotide divisée verticalement dans sa partie moyenne. Toutes les esquilles furent extraites; la mâchoire fut sciée entre les deux dernières grosses dents molaires pour enlever un angle osseux inégalement fracturé et dont l'extraction fut achevée par la section partielle du muscle ptérygoïdien interne.

Ayant reconnu que l'apophyse coronoïde était brisée et séparée du condyle de la mâchoire, j'eus soin de porter préalablement la pulpe de l'indicateur dans l'angle supérieur de la plaie, et de refouler en haut et en dehors les parties molles, afin de ménager le nerf de la septième paire, l'artère carotide externe et ses divisions, et je procédai aussitôt à la désarticulation, en coupant successivement les attaches des muscles buccinateur, temporal, ptérygoïdien externe et les ligamens articulaires. Je m'attachai à respecter le nerf lingual de la cinquième paire. Deux artérioles, probablement la massétérine et l'artère transversale de la face, fournirent une hémorrhagie que la torsion arrêta.

La plaie fut réunie par quatre points de suture entortillée, afin d'en affronter les lèvres avec exactitude et de prévenir la fistule à laquelle la division de la glande parotide aurait pu donner lieu.

Je procédai ensuite au pansement, en ayant soin de contenir par des compresses graduées le bout de la mâchoire amputée.

Deux saignées générales furent faites dans les premières 48 heures, et le premier appareil ne fut levé qu'à Alger, huit jours plus tard. La réunion étant parfaite, j'ôtai les aiguilles en conservant les fils.

Plus tard, il se forma un abcès derrière l'oreille; je l'ouvris et retira une esquille, et je rétablis le trajet du projectile vers la septième vertèbre cervicale en y introduisant une mèche à séton, afin de donner un écoulement facile au pus. La mèche fut supprimée après quinze jours; les plaies se fermèrent; la mâchoire finit par se consolider si bien, qu'un mois après l'opération, le malade, d'ailleurs d'un appétit très-prononcé, mangeait des alimens solides. Six semaines après sa blessure, ce militaire s'en alla dans ses foyers complétement guéri.

N° 111. — 17 SEPT.

HOPITAL SAINT-ANDRÉ DE BORDEAUX.

Clinique de M. MOULINIÉ, chirurgien en chef.

Extirpation, sans manifestation de douleur, d'un cancer fibreux sus-mammaire.

Le volume excessif des seins est une disposition propre à quelques individus d'un embonpoint prononcé; et lorsque les femmes ne sont pas fatiguées par leur poids, qu'elles n'éprouvent ni tiraillement ni douleur, et que le toucher ne fait pas découvrir de densité insolite, on ne peut admettre aucun état maladif; il en est autrement dans les conditions opposées.

Une fille de vingt-trois ans, emblême de la santé, nommée Marie Birau, servante, habitante de Monségur, entre à l'hôpital le 8 août, salle 2, n° 27; elle offre à l'examen clinique, des mamelles très-grosses: la droite est la plus volumineuse et la plus pendante; la gauche se maintient à peu près dans sa situation normale.

Marie Birau avait aperçu dès l'âge de huit ans une induration dans l'épaisseur du sein droit, et toujours cette disposition est allée croissant, jusqu'à ce qu'une tumeur de plus en plus considérable se soit caractérisée. Cette jeune personne, tourmentée sans cesse par la pesanteur et des tiraillemens douloureux, s'est déterminée à venir à l'hôpital pour obtenir les secours que réclame sa maladie.

M. Moulinié cherchant à établir le diagnostic, a reconnu que la tumeur était située au-dessus de la glande mammaire et en était indépendante; il a pensé qu'elle pouvait consister dans l'une des variétés des affections cancéreuses. Mais, faisant la part que pourrait avoir la croyance à une simple hypertrophie, il a cru devoir user d'une sage expectation: il a observé l'analogie qui régnait, par rapport aux symptômes, entre cette affection et les engorgemens morbides des glandes prolifiques, par le fait de leur poids et de leur prolapsus. Aussi a-t-il conseillé la suspension du sein, qui soulageait beaucoup la malade.

C'en était trop, sans doute, que d'avoir, à un si bel âge de la vie, une grave altération sur un organe des-



tiné par la nature à être le siége de l'un des principaux attributs du sexe féminin. Il fallait encore que le sein opposé fût menacé du même mal; une induration déjà s'y remarquait et faisait craindre de futurs progrès. Heureusement la malade n'a pas encore dirigé sa pensée de ce côté, le côté droit l'absorbant tout entière.

Il était conforme aux principes suivis dans la pratique chirurgicale de l'hôpital, d'observer suffisamment la malade, de juger de la valeur des moyens généraux, de méditer sur le meilleur parti à prendre, avant que d'exécuter une extirpation qui, au premier coup-d'œil, paraissait indiquée. C'est ce qui a été fait pendant vingt-deux jours. Cependant la malade attendait avec une vive sollicitude l'application de ce dernier moyen, qui était le motif pour lequel elle était venue à l'hôpital; c'était aussi la seule ressource sur laquelle on pût fonder des espérances.

M. Moulinié a pratiqué cette opération le 30 août. Une incision de six pouces de longueur a été faite sur le sein au-dessus du mamelon; elle a été obliquement dirigée de haut en bas et de dehors en dedans; la tumeur, accrochée avec une érigne, a été attirée en avant et *disséquée à grands* traits. Dans l'espace de trois minutes, *l'extirpation* était terminée.

Cette masse morbide a été immédiatement pesée: son poids était de onze onces; ses dimensions de cinq pouces de longueur, quatre de largeur, trois d'épaisseur. Son tissu était d'une blancheur nacrée, d'une consistance très-dure, analogue à celle des corps fibreux qu'on rencontre dans l'utérus; il était formé de l'amas de plusieurs masses concentriques conglobées, dont les unes paraissaient renfermées dans les autres, comme si elles y eussent été enkystées.

Il est impossible de voir une plaie plus nette que celle qui résultait de cette opération; la dissection était facile, car le tissu cellulaire était fort lâche. Du sang avait jailli, mais deux artérioles liées, il cessa de couler; la peau distendue par la tumeur s'était, après son *ablation*, un peu rétractée, ce qui faisait que la plaie était devenue moins grande. La glande mammaire, vue par la face profonde, avait été reconnue saine et intacte. Trois points de suture ayant été pratiqués, et des bandelettes appliquées, la réunion était tout à fait régulière; on n'apercevait qu'une ligne qui marquait le trajet qu'avait parcouru le bistouri; on eût dit qu'on n'avait rien ôté au sein.

Toutes ces choses n'ont rien que de bien ordinaire; mais ce qui ne l'est pas, et ce qui est une preuve d'une force morale peu commune, c'est la contenance étonnante de la malade. Opérée en face de nombreux assistans, elle se place sur le siége élevé destiné à certaines opérations; elle détourne et incline sa tête à gauche, et met à découvert le sein droit; résignée à souffrir, elle est impassible, sa figure n'exprime la moindre sensation; on n'aperçoit aucun changement ni dans la forme des traits ni dans leur coloration; aucun cri, aucune parole, aucun soupir, n'émanent de cette fille: on eût dit qu'on agissait sur un corps inanimé. Lorsque le pansement a été terminé, elle a dit à M. Moulinié, en le saluant d'un sourire de reconnaissance: « Monsieur, je vous remercie; » puis elle s'est relevée et s'est acheminée vers son lit.

A quoi faut-il attribuer cette insensibilité apparente? Dans ce cas, on n'a pas usé de l'influence du magnétisme, et il n'y avait, ni parmi les acteurs, ni parmi les spectateurs de l'opération, personne d'assez bon croyant pour penser qu'une influence animale émanée de l'un des assistans, pût annihiler la propriété inhérente au principe nerveux, comme dans le cas fameux d'extirpation du sein, exécutée par M. Jules Cloquet.

La malade n'était pas non plus une de ces filles dévotes, que l'extase transporte dans des régions éthérées, et qui, élevant leur ame vers la Divinité, semblent oublier qu'elles ont un corps, comme cette malade opérée dernièrement d'un cancer au sein dont a parlé le Mémorial Bordelais, qui chanta, pendant l'opération, une hymne à Sainte-Thérèse, sa patrone. Il est raisonnable d'attribuer à toute autre cause le stoïcisme dont notre jeune malade a donné l'étonnant exemple. C'est la force morale qu'avant tout il faut reconnaître; car ce que de profonds sentimens religieux, ce que le fanatisme, ce que diverses passions, ce que des influences nerveuses quelconques peuvent produire, tout cela peut également résulter d'un courage profane, d'une froide et inébranlable volonté, et alors c'est vraiment admirable.

(*Bull. méd. de Bord.*)

N° 112. — 20 Sept.

PATHOLOGIE INTERNE.

Cours de M Andral.

Leçons sur les maladies des centres nerveux; recueillies par M. Malherbe.

(Suite du numéro 108.)

Des convulsions.

Symptômes, siége, durée, etc. Les symptômes des convulsions ne sont que le désordre des mouvemens, tel que nous l'avons décrit en définissant la maladie; il suffit donc, pour les connaître, de se reporter à cette définition. Toutefois, on peut ajouter que la névrose que nous étudions, est susceptible d'apparaître au milieu d'une santé parfaite ou dans le cours d'une affection quelconque, qu'elle peut varier par sa nature, son siége, son étendue et son intensité. Dans l'épilepsie, le mouvement est toujours le même; il n'en est pas ainsi dans les convulsions où les mouvemens n'ont en général rien de fixe. Quant à leur siége, leur étendue et leur intensité, on comprend qu'il y ait des variétés. Les convulsions peuvent être partielles ou générales, occuper les yeux, la langue, la face, envahir le tronc et les membres.

Chez les enfans elles portent plus souvent sur la face, puis sur les membres supérieurs d'abord, et ensuite sur les inférieurs.

Quand elles sont partielles, il est possible qu'elles reviennent toujours dans le même point, du même côté, ou que quelquefois elles alternent de l'un à l'autre. Elles peuvent s'accompagner ou non de perte de connaissance; le pouls peut n'offrir que peu de signes d'altération; la déglutition être gênée, même impossible ou demeurer libre et intacte; la respiration être difficile, embarrassée, interrompue : et il est évident qu'alors les muscles inspirateurs et expirateurs sont atteints, et leur action enchaînée, paralysée. Les sécrétions sont aussi troublées; elles se suppriment dans des cas pour devenir ensuite très-abondantes.

Les convulsions violentes sont capables de déterminer dans les muscles des douleurs très-vives résultant de leur contraction violente et brusque, de donner lieu à des ecchymoses, à des ruptures de faisceaux musculaires, de tendons, à la séparation des épiphyses d'avec le reste de l'os chez les enfans, à des luxations, des déviations des os, à leur courbure, accidens dus au rôle que jouent les muscles dans ces circonstances.

La durée de cette névrose est quelquefois de quelques minutes seulement et même moins; d'autres fois elle est de plusieurs heures, et il se peut que dans ce dernier cas les accès se répètent à des intervalles plus ou moins rapprochés. Lorsque les convulsions ont cessé, la santé est ordinairement parfaite.

Cette maladie est tres-sujette à récidive : elle reparaît souvent, surtout lorsque les causes sont peu appréciables ou inconnues. A mesure que l'enfant avance en âge, s'il est assez heureux pour qu'elle n'ait pas modifié d'une manière fâcheuse son système nerveux, il la voit s'éteindre et lui permettre des jours plus paisibles. Toutefois le pronostic est toujours grave en général, car entre autres altérations qui peuvent s'en suivre, celles du cerveau sont à redouter.

La mort peut arriver au milieu des convulsions de trois manières :

1° Par la perturbation violente des fonctions cérébrales;

2° Par asphyxie, les organes de la respiration ne fonctionnant plus;

3° Enfin par la cessation de l'action des battemens du cœur sur lequel le cerveau fait retentir ses troubles et provoque une syncope fatale.

Traitement. Connaître les causes de la maladie, c'est déjà connaître aussi à quels moyens on doit recourir pour la combattre et la détruire ; car le rapport entre ceux-ci et celles-là est assez intime. Les convulsions sont-elles l'effet d'un état pléthorique, inflammatoire? Les émissions sanguines méritent la plus grande confiance. La maladie tient-elle à une dentition difficile? les gencives sont-elles rouges, gonflées, douloureuses, en les dégorgeant par quelques sangsues, on aura encore rempli une bonne indication. Mais le sujet affecté est-il au contraire anémique, son sang est-il pauvre? Pour lors, il faut bien se garder de prescrire la saignée; des révulsifs, une bonne alimentation, des excitans propres à déranger le mode de trouble du cerveau, à produire une excitation différente, voilà ce qu'il convient de mettre en usage.

De simples boissons aqueuses, délayantes suffisent souvent pour faire cesser les convulsions. Un salutaire effet a suivi l'introduction de l'eau par une veine dans le sang chez certains individus.

Les convulsions qui dépendent d'une douleur très-vive dans un point quelconque, réclament que l'on fasse cesser, que l'on étouffe cette douleur, et c'est par l'emploi des calmans, des narcotiques soit à l'intérieur, soit à l'extérieur, qu'on y parviendra. Si la douleur est occasionnée par la présence d'un corps étranger, ou qui en fait les fonctions, le meilleur moyen de la faire disparaître est d'enlever ce corps toutes les fois que cela est possible.

Pour prévenir le retour des accès, les indications varient aussi : c'est ainsi que chez des enfans faibles, anémiques, il faut tâcher de les fortifier, de constituer pour ainsi dire chez eux, un nouveau tempérament à l'aide de substances alimentaires toniques, nutritives. Les personnes qui ont perdu beaucoup de sang exigent encore lés mêmes moyens : c'est à réparer les pertes qu'elles ont faites que doit tendre la médication. On a préconisé contre les convulsions et leurs retours des spécifiques plus ou moins dignes de confiance, comme le sous-nitrate de bismuth, l'oxyde de zinc, le camphre, l'assa-fœtida, etc. Les antispasmodiques ne sauraient être applicables à tous les cas. Les laxatifs, les révulsifs sur l'intestin ont leur avantage : ainsi quand il y a constipation, la manne, le sirop de chicorée chez les enfans sont utiles.

Quant aux moyens que l'on peut diriger sur les tégumens, ils sont de trois sortes. Veut-on tempérer la chaleur de la peau? c'est par les bains frais, par des fomentations de même nature qu'on y arrive. S'agit-il au contraire de l'y rappeler, de l'augmenter? c'est à l'aide de bains chauds, de frictions sèches, aromatiques; c'est par l'application de corps d'une température plus ou moins élevée, selon que les cas l'exigent; par celle de vessies pleines d'eau chaude, par exemple, qu'on y parviendra. La peau demande-t-elle enfin à être excitée, irritée? Les sinapismes, les vésicatoires, et en un mot les révulsifs, les stimulans viendront à propos.

N° 113. — 22 Sept.

HOTEL-DIEU.

Fragmens de quelques leçons de Dupuytren sur les lésions traumatiques du cœur.

Les cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu et de la Charité, autrefois si fécondes en instruction positive, sous la direction de Dupuytren et de Boyer, n'offrent guère maintenant que des détails nécropsiques dont nos colonnes ont trop souvent regorgé. Qu'on ne soit donc pas étonné de nous voir recourir de temps en temps aux leçons des grands maîtres pour rappeler les vrais principes de l'art.

Le cœur peut être lésé traumatiquement de différentes manières; il peut être comprimé, contusionné, dé-

placé, déchiré, écrasé, piqué et perforé par des armes de nature différente.

Compression permanente et contusion. Depuis longtemps déjà J.-L. Petit avait fait observer que les fractures du sternum mal réunies, laissaient quelquefois après elles une palpitation fort incommode du cœur, par suite de la compression et de la gêne que cet organe éprouvait de la présence du fragment déplacé. La personne chez laquelle Petit avait fait cette remarque, avait en même temps un crachement de sang par suite du même accident. Dupuytren, qui avait fait une étude approfondie sur les blessures du cœur, trouvait fort exacte l'observation de Petit; il assurait avoir vérifié lui-même plusieurs fois le fait. Il ajoutait néanmoins avoir vu les palpitations se dissiper à la longue, sous l'influence d'un traitement affaiblissant ou bien par les seules forces de la nature. On conçoit la possibilité de ce dernier phénomène lorsqu'on se rappelle que les fragmens osseux introduits et pressés dans la poitrine, cessent à la longue de blesser les organes thoraciques, par l'espèce d'émoussement qu'ils éprouvent par les impulsions répétées des organes, avec lesquels ils se trouvent en contact.

La compression du cœur peut être aussi produite par un épanchement de sang dans le péricarde, ce qui peut causer la mort sur-le-champ (Scarpa), ou bien par un corps fériteur venant de l'extérieur, qui se serait arrêté dans ses environs. Voici un exemple remarquable de ce cas que Dupuytren racontait dans ses cours.

—Un officier était atteint de manie-suicide; il essaya de réaliser son idée dominante en s'enfonçant profondément dans la région du cœur deux longues épingles à friser. Des accidens thoraciques se déclarèrent aussitôt; on les combattit par quelques remèdes sans en comprendre pourtant la nature, car le malade gardait le silence sur la cause de ses souffrances.

Les épingles avaient été enfoncées si profondément, qu'on ne pouvait rien découvrir au lieu de leur introduction. Les symptômes primitifs se dissipèrent, mais l'individu resta en proie aux palpitations les plus atroces. Une année après il se suicida d'une autre manière. La nécropsie fit découvrir la présence de deux longues épingles noires dans l'intérieur de la poitrine, à côté du cœur, irritant mécaniquement cet organe comme le fragment du sternum dont nous venons de parler.

La compression traumatique du cœur peut être portée quelquefois au point de produire la mort instantanée par asphyxie. Pour que cela ait lieu, il faut que le cœur se trouve pressé tellement que le sang cesse de circuler; la respiration cesse alors instantanément aussi. L'on sait, en effet, que la circulation et la respiration sont deux fonctions qui se soutiennent réciproquement, au point que l'une ne peut pas exister sans l'autre. (J. Hunter, On the blood.)

Le fait suivant appuie les propositions qui précèdent.

— Un jeune homme, en jouant aux quilles, tombe sur une pierre au moment de jeter la quille, et reste mort sur place. A l'autopsie, on trouva une fracture du sternum avec intro-pression du fragment inférieur qui comprimait fortement le cœur. (Duverney.)

— Un homme qui travaillait dans une carrière reçut sur la poitrine une pierre d'un poids énorme; il mourut sur-le-champ par la compression du cœur.

Quelques militaires de l'expédition d'Anvers, qui ont été tués par l'action du prétendu vent de boulet sur le sternum, n'ont succombé qu'à la compression très-vive que le cœur avait éprouvée par un projectile qui se trouvait vers la fin de sa course, et qui avait fait céder la paroi thoracique sans la fracturer, ou bien en la fracturant sans plaie extérieure.

Quant à la contusion simple du cœur, elle est plus difficile à constater; car ses effets se confondent jusqu'à un certain point avec la lésion précédente. Effectivement, la compression qui est portée au point de produire l'asphyxie doit nécessairement contusionner plus ou moins l'organe sur lequel elle agit. Dupuytren disait à cette occasion, que la contusion du cœur produit des lipothymies plus ou moins dangereuses, des cardites consécutives et des palpitations plus ou moins durables et plus ou moins rebelles à nos traitemens.

Il est à peine nécessaire d'ajouter quelles peuvent être les données du traitement de la compression et de la contusion traumatiques du cœur. Attaquer directement la cause, si cela se peut, et prévenir par une médication affaiblissante une réaction phlogistique trop forte, tels sont les principes d'après lesquels le praticien doit se régler.

Déplacemens. Les déplacemens permanens du cœur par cause traumatique n'ont été qu'à peine indiqués jusqu'à ce jour: voici cependant un exemple remarquable de ce cas.

— Un jeune homme, âgé de 21 ans, voulant monter sur la graude roue d'une usine, en fut renversé par le mouvement de rotation que le poids de son corps détermina, et fut horriblement mutilé. On constata la fracture de deux côtes inférieures du côté gauche, de la cinquième, sixième et septième du côté droit, de l'humérus, de la clavicule droite. Une douleur vive, avec battemens, semblable à celle produite par un corps étranger, se fit sentir dans le côté droit. C'était le cœur passé à droite du sternum. Après un mois de traitement, le malade entra en convalescence; mais la respiration était toujours gênée, les battemens du cœur s'entendaient toujours à droite. La plus légère émotion augmentait leur violence. Le froid subitement appliqué aux mains ou sur la poitrine amenait une suffocation prolongée.

Pendant trois ans, la santé fut languissante, des vomissemens ayant lieu après chaque repas, et l'hiver étant ordinairement marqué par de nombreuses congestions pulmonaires avec accroissement des autres symptômes, et surtout de la douleur du côté droit.

Puis le malade se met à l'usage de la digitale; chaque nuit il en prend dix grains; dès ce moment les accidens de dyspnée et de palpitations sont bien affaiblis; le pouls, qui battait 120 à 130, tombe à 80.

La poitrine est deformée. A droite, la partie inférieure est dilatée de plus d'un pouce. L'épaule du même

côté est déprimé. Le côté gauche résonne partout à la percussion; le son est très-clair entre les cinquième et septième côtes; situation normale du cœur. Le bruit de ses contractions, ni son impulsion, ne s'entendent dans tout ce côté gauche; respiration puérile.

Le poumon droit a un son clair dans sa partie supérieure. Au-dessous de la cinquième côte, matité avec sensibilité extrême de la peau, et absence du bruit respiratoire, sans souffle bronchique ni résonnance de la voix.

Le cœur se sent et se voit dans la région mammaire droite, entre la sixième et la septième côte, à un pouce du sternum. Son impulsion précède d'un intervalle marqué le pouls de l'artère radiale.

D'un examen tellement précis, on conclut nécessairement le déplacement du cœur. Comme chez cet individu le cœur avait été constaté dans sa position normale avant l'accident, la réalité du déplacement dont il s'agit ne peut être aucunement contestée. On connaissait, il est vrai, une foule de cas de déplacemens du cœur, arrivés lentement par le développement d'une tumeur soit solide, soit liquide dans la poitrine; mais rien de pareil n'avait encore été publié à la suite des violences traumatiques.

ÉCOLE PRATIQUE.

Cours public d'ophthalmologie de M. Rognetta.

(Troisième leçon.)

Strabisme. (Suite du n° du 13 septembre.)

§ 4. *Caractères physiques et physiologiques.* 1° Regard louche, c'est-à-dire direction discordante de l'œil malade par rapport à l'autre, et obliquité latérale de la tête. Cette obliquité dépend de ce que le sujet ne regarde qu'avec l'œil sain, et qu'il est obligé, par conséquent de tourner la tête, comme les personnes borgnes, pour mettre l'objet à la portée de l'organe. L'œil louche reste inexpressif, et comme dans un état d'imbécillité.

2° Vision unioculaire, alternative ou double. Dans le regard un peu éloigné, le sujet ne peut voir qu'avec l'œil sain; l'autre se tourne dans sa direction vicieuse, afin de ne pas troubler la vision par l'image confuse qu'il transmet. Dans le regard voisin cependant, la vision s'exerce chez quelques personnes exclusivement avec l'œil louche. J'ai vu plusieurs individus très-myopes et louches en même temps, qui ne regardaient qu'avec l'œil dévié. Il y a donc chez quelques sujets un œil pour les objets voisins, un autre pour les objets éloignés. Dans d'autres occasions enfin, la vision est diplopique ou double; cela n'a lieu que dans les premiers temps seulement du strabisme aigu qui arrive par paralysie ou faiblesse musculaire. Je dis dans les premiers temps; car quelques semaines après, l'œil devié se trouvant déjà affaibli par les raisons ci-dessus, devient tout à fait inactif, la diplopie se dissipe et le strabisme reste seul.

3° Enfin, altération de la physionomie de l'œil dévié. Outre que la sphère oculaire perd une partie de son expression par la direction oblique qu'elle affecte, son volume diminue à la longue, elle s'atrophie en partie, la cornée se trouble, se couvre facilement de petits nuages, et ôte à l'organe une partie de ses belles apparences vitales. Dans quelques cas, l'œil louche paraît amaurotique.

Lorsque ce troisième caractère est bien marqué, il signale au premier regard le strabisme; il est si peu prononcé cependant dans le premier degré, qu'il faut quelquefois faire regarder un objet successivement avec chaque œil pour s'assurer de celui qui louche, et qui est toujours le plus faible. Les objets paraissent à cet œil plus petits, plus éloignés, moins coloriés, et couverts d'un brouillard plus ou moins épais.

Terminaisons. 1° Par la guérison, s'il dépend de causes faciles à combattre, comme l'habitude vicieuse, par exemple.

2° Etat stationnaire.

3° Etat progressif (ambliopie, amaurose, taches cornéales, atrophie).

§ 5. *Pronostic.* Favorable dans le strabisme dont la cause peut être attaquée avec avantage, comme chez les enfans, dont la déviation oculaire se corrige souvent par les progrès de l'âge et du développement de la sphère visuelle. Chez les adultes, le pronostic ne sera fâcheux, en général, que dans le cas où le strabisme se trouve compliqué de lésion organique, ou dépend de causes qui échappent à nos ressources thérapeutiques.

§ 6. *Traitement.* On a pu déjà préjuger par l'étiologie que nous venons d'établir, que le traitement du strabisme doit nécessairement varier, suivant la nature des causes qui le produisent, et que par conséquent les personnes qui avaient cru pouvoir guérir cette infirmité par tel ou tel moyen uniquement, n'avaient pas des idées bien arrêtées sur la nature variable de la lésion. Il est clair pour nous qu'il y a des strabismes qui n'admettent aucune médication, tels sont ceux qui dépendent d'un leucome central, de la pupille artificielle, ou qui sont accompagnés d'amaurose, tandis que d'autres ne méritent aucun traitement direct; de ce nombre, sont ceux qui occasionnent des tumeurs orbitaires, l'hydrocéphale, etc. C'est ici la maladie principale qui doit occuper, et nullement le strabisme Les strabismes réellement susceptibles de guérison sont les idiopathiques simples (et c'est le plus grand nombre), et les symptômatiques récens dépendant de causes non réfractaires à l'action de nos modificateurs.

Dans l'état actuel de nos connaissances, on peut admettre trois ordres de moyens orthophthalmiques, qu'on combine différemment suivant l'exigence des cas. Les uns sont dirigés sur les muscles moteurs de l'œil, ou plutôt sur les nerfs qui les animent. Les autres, contre quelques causes éloignées. Les autres enfin, sur la rétine.

1° *Sur les muscles.* L'électricité ou la galvano-punc-



ture appliquée sur le muscle ou sur les muscles affaiblis, ou bien au sourcil, sur le tronc du nerf frontal, a été depuis long temps vantée contre le strabisme. (Boyer.) M. Fabré-Palaprat en a obtenu des succès incontestables.

Ce moyen a été aussi reproduit dernièrement par un jeune médecin sicilien. Je pense qu'il peut être fort utile si on l'applique à propos. Lorsque le strabisme tient à une paralysie musculaire, qu'il a par conséquent succédé à la diplopie, la galvano-puncture employée dans la période asthénique et après les antiphlogistiques, peut rendre de grands services. Le strabisme dépendant de la faiblesse de la rétine peut aussi être heureusement influencé par les courans galvaniques.

On peut aussi dans le même but faire usage des remèdes anti-paralytiques, que nous indiquerons à l'occasion de la paraplégie palpébrale.

Le masque, les hémisphères concaves, les tubes noirs, l'entonnoir de Weller, les besicles-miroirs de Verduc, les mouches de taffetas sur le nez, l'exercice orthophthalmique devant une glace, etc., ont été aussi employés contre le strabisme : ces moyens ne paraissent agir que *sur les muscles* moteurs de l'œil. Les quatre premiers *me semblent* tout à fait inutiles, par une raison toute simple; c'est qu'en couvrant les yeux de deux plaques opaques percées seulement dans la direction normale des pupilles, le sujet ne regarde qu'avec l'œil sain, il laisse l'autre dans l'inaction et se tourner par conséquent dans sa direction vicieuse : c'est ce que j'ai constaté chez plusieurs enfans louches qui avaient été soumis à l'usage de ces machines. Pour être réellement utile, la plaque trouée ne devrait être appliquée que sur l'œil dévié, et on devrait couvrir l'autre d'un bandeau; alors le sujet, pour voir, serait obligé de se servir de l'œil défectueux et de le porter forcément dans la direction normale indiquée par le trou. Ce procédé rentre, comme on le voit, dans les principes du traitement de Buffon, que nous exposerons tout à l'heure. Les besicles réflecteurs de Verduc n'étant pas en usage, je m'abstiens de les décrire. La mouche de taffetas sur le nez pourrait être utile dans le strabisme divergent chez les enfans. L'exercice à la glace consiste à regarder pendant un certain temps, plusieurs fois par jour, la pupille dans l'image, ce qui ne peut avoir lieu sans diriger l'œil dans sa rectitude normale. Outre que toutes les personnes louches ne sont pas en état de se soumettre à ce procédé, son usage me paraît trop fatigant.

2° *Contre les causes éloignées.* Le strabisme symptomatique de congestions saburrales ou encéphaliques, réclame l'usage des remèdes évacuatifs (purgatifs, saignées, délayans, etc.) Dans quelques circonstances, les toniques et les antispasmodiques pourraient aussi être indiqués par les conditions particulières du strabisme; comme dans certains strabismes périodiques, par exemple.

3. *Sur la rétine.* Partant de l'observation que dans toute espèce de strabisme il y avait inégalité dans la force visuelle des deux rétines, et que cette inégalité était souvent la cause unique de l'infirmité, Buffon fit de cette idée la plus heureuse application à la thérapeutique. Il comprit qu'en nivelant la force rétinienne le strabisme cesserait d'exister; c'est ce que l'expérience a déjà confirmé un très-grand nombre de fois. On peut remplir cette indication fondamentale, en renforçant l'œil faible, en affaiblissant l'œil fort, ou bien enfin en combinant ces deux moyens à la fois.

On fortifie l'œil faible en couvrant avec un bandeau l'œil fort, et en obligeant par conséquent le sujet à ne se servir pendant quelques semaines que de l'œil défectueux. Cette espèce d'exercice gymnastique devient ortophthalmique, il suffit pour fortifier l'organe débile, rendre ses images plus nettes, et dissiper en conséquence le strabisme. Un grand nombre d'individus traités de la sorte par Buffon, ont été parfaitement guéris : une foule d'autres praticiens ont aussi obtenu un résultat pareil, même chez des sujets âgés de plus de 30 ans qui louchaient dès l'enfance. J'ai guéri moi-même dernièrement une demoiselle de la pension de madame Daubray, au Marais, par le même procédé, en trois semaines d'exercice. Lorsque le strabisme menaçait de reparaître dans les commencemens, cette jeune personne s'appliquait elle-même pendant quelques heures, le matin, un bandeau sur l'œil fort, pendant qu'elle exerçait l'autre, et les choses revenaient de suite à l'état normal.

J'ai cru, et l'expérience est venue confirmer mon idée, que le procédé de Buffon pouvait être rendu plus efficace en y ajoutant la lecture latérale. Je m'explique :

Une demoiselle anglaise âgée de 21 ans, d'une beauté remarquable, était myope et louchait considérablement du côté gauche depuis son enfance : elle était l'année dernière, sur le point de se marier à Paris, et désirait vivement être débarrassée de son strabisme. Je lui ai couvert l'œil droit avec un mouchoir posé en monoculus, et je l'ai obligée à lire pendant deux heures tous les matins dans son lit, couchée sur le côté gauche, le livre étant placé sur une chaise basse à côté de sa table de nuit.

Après six jours de cet exercice et de l'emploi du bandeau jour et nuit, la direction de l'œil s'était tellement améliorée que le strabisme était dissipé en grande partie. A compter du dixième jour, le bandeau n'a été porté que dans la matinée seulement jusqu'à l'heure de la promenade. La guérison a été assurée et complète en moins d'un mois.

On voit bien par ce qui précède, que cette méthode agit sur les deux yeux à la fois, savoir, en affaiblissant l'œil fort par l'inaction, et en fortifiant l'œil faible par l'exercice. La lecture latérale oblige en même temps l'œil dévié à se porter dans une direction opposée à celle qu'il affecte durant le strabisme.

On a cru pouvoir remplir ces mêmes indications à l'aide de lunettes à foyer variable pour chaque œil. Ce procédé n'est pas préférable au précédent.

On a enfin ajouté aussi l'action du galvanisme à celle du bandeau en permanence, dans le but de tonifier la rétine du côté faible. Je crois que ce moyen peut être un excellent auxiliaire pour hâter la guérison du strabisme.

N° 114. — 24 Sept.

Des bons effets des ventouses à succion appliquées à la réduction des hernies abdominales et au traitement des volvulus; par G. V. Lafargue, de Saint-Emilion.

Depuis quelque temps, on proclame les succès obtenus dans la réduction des hernies, en apposant une ventouse au-dessus de l'obstacle qui produit l'étranglement, afin d'entraîner dans l'abdomen par une véritable aspiration l'intestin ou tout autre organe déplacé. Certes, si jamais idée simple et ingénieuse s'est rencontrée, c'est assurément celle-ci; car *à priori*, tout annonce qu'elle renferme un germe de vérité, et tout fait pressentir que la pratique doit ici retirer quelque fruit de la théorie. Plusieurs fois cependant, il est arrivé que, quoique la hernie fût libre d'adhérences, quoique la constriction d'où dépendait l'étranglement ne fût pas très-exagérée, quoique tout enfin fût dans les meilleures conditions pour faire triompher le moyen proposé, celui-ci échoue néanmoins. On recommande bien, à la vérité, de se servir de larges ventouses; mais jusqu'à quel point faut-il porter leur largeur? Et d'ailleurs, en supposant que la capacité en soit bien déterminée, comment rendre le procédé exécutable pour tout le monde; comment mettre tous les médecins à même de s'en servir? C'est ce à quoi j'ai tâché de pourvoir en entrant dans les considérations qui suivent.

Pour simuler une hernie, je pratiquais sur le cadavre une petite incision aux parois abdominales, le plus près possible de la région inguinale. Je faisais en sorte que cette incision offrît dans son trajet les caractères de l'anneau inguinal lui-même, c'est-à-dire que je la dirigeais de haut en bas, d'avant en arrière et de dedans en dehors. Au travers de ce canal artificiel, j'attirais à l'air libre une anse intestinale ou un morceau d'épiploon; et c'est sur cette affection simulée que j'exécutais les expériences qu'on va lire.

Lorsqu'au-dessus de cette incision, et dans le sens de son axe, j'appliquais sur l'abdomen, avec toute l'énergie possible, une ventouse dont la base n'avait qu'un pouce, qu'un pouce et demi, que deux, trois et même quatre pouces de diamètre, j'avais beau faire le vide, l'intestin ou l'épiploon restaient à leur place, et on ne remarquait même en eux aucune velléité d'obéir à la puissance de l'attraction. Mais si, prenant les précautions ordinaires, j'apposais au même endroit une ventouse dont la base eût cinq, six pouces et même plus de diamètre, à peine le vide commençait-il à s'opérer dans l'instrument, que, l'intestin rentrait brusquement dans l'abdomen et avec la promptitude de l'éclair. Lorsqu'au moment de cette énergique attraction, j'essayais de retenir l'intestin au dehors en le pinçant entre mes doigts, ceux-ci étaient contraints de suivre le retrait de cet organe, et à moins que le pincement ne fût exagéré, ils étaient obligés de lâcher prise en arrivant au niveau du canal artificiel, car l'aspiration de la ventouse le leur arrachait pour ainsi dire. Quelque petite que fût l'incision, j'obtenais constamment le même succès.

Mais à quoi attribuer la différence des résultats après l'emploi d'une petite ou d'une grande ventouse? Rien n'est plus simple à concevoir pour les médecins auxquels l'anatomie est familière. Ceux-ci savent en effet que les muscles transverse, petit et grand obliques et les aponévroses qui les embrassent sont doués d'une bien moins grande laxité que la peau et le tissu cellulaire qui double cette membrane. Aussi est-il facile de prévoir que lorsque j'appliquais sur l'abdomen une ventouse à base étroite, ce n'était que les deux dernières couches que j'attirais dans l'appareil en y opérant le vide, et cela parce qu'elles sont les plus expansibles. Lorsqu'au contraire, je me servais d'une cloche dont la base avait six pouces de diamètre, les muscles et leurs aponévroses cédaient comme la peau et le tissu cellulaire à l'action de la raréfaction de l'air, et se tuméfiaient ensemble dans la ventouse. Il était donc naturel que dans le premier cas l'intestin ou l'épiploon ne fussent pas sollicités à quitter leur place, tandis que dans le second cas ils devaient au contraire refluer dans la cavité abdominale. En effet, les organes renfermés dans le ventre étant assimilés avec raison à un liquide contenu dans un réservoir, dès qu'un point leur offre moins de résistance que de coutume, ils se dirigent en masse vers ce côté et cherchent à s'échapper par là, absolument comme le ferait une substance liquide qui se trouverait dans les mêmes conditions. Or, une large ventouse tendant à produire le vide dans la partie de l'abdomen qui répond à la place où on l'a mise, il est donc naturel que l'intestin abandonne l'incision où il est engagé pour aller se loger dans l'espèce de poche que lui présente les diverses couches des parois du ventre engouffrées dans l'instrument.

Sans doute, dira-t-on, vos expériences sont concluantes pour le cas dont il s'agissait sur le cadavre; mais lorsqu'une hernie est étranglée, croyez-vous que la constriction n'est pas autrement forte que celle que vous avez simulée, et quelque larges que soient vos ventouses, il est douteux qu'elles réussissent alors à dégager l'intestin? A cela, je répondrai qu'en proposant ces appareils, je ne l'ai point fait dans l'espoir de rendre désormais inutile l'opération du débridement, car je n'ignore pas qu'il se rencontre des hernies où les adhérences avec le sac sont si résistantes, que le bistouri peut seul en triompher.

Mais restent les innombrables cas où le taxis et certaines positions ont suffi pour provoquer la réduction; or, n'est-il pas évident que les larges ventousse hâteront singulièrement ici la rentrée de la hernie, qu'elles abrégeront de beaucoup les douleurs produites par le toucher? D'ailleurs, là où le taxis et la position restent impuissans, les ventouses en apportant le surcroît de leur action ne pourront-elles pas procurer de salutaires résultats?

Une objection plus sérieuse, mais facile à refuter, est la suivante:

Nous sommes convaincus de l'efficacité des ventouses à large embouchure dans les tentatives de réduction des hernies; mais comment nous procurerons-nous des instrumens d'une telle capacité? Et en supposant que nous puis-

sions en trouver, sera-ce par le feu au moyen de la pompe que nous enlèverons l'air de leur intérieur? Aucun de ces deux agens ne convient : le calorique irriterait trop la peau, prédisposerait trop à accroître la phlegmasie dont la tumeur est déjà le siége; la ventouse à pompe est d'un prix trop élevé, et je doute que même dans beaucoup de grandes villes on pût trouver des cloches du volume de celles que la pratique me fait exiger et surmontées d'une machine aspiratoire. La ventouse à succion répondra à toutes les indications. Cet instrument, que j'ai décrit dans le numéro du 20 août dernier de ce journal, consiste simplement en un entonnoir de verre dont le sommet, parfaitement aplani en l'usant sur une brique mouillée, est coiffé d'une soupape en cuir fixée le long du tube par des fils de lin retenus eux-même par des spirales en fils de soie (1). Pour le cas dont il s'agit ici, nous prendrons un entonnoir en verre, dont la base présente six pouces et même plus de diamètre; mais comme le sommet est trop volumineux pour pouvoir y exécuter la succion avec avantage, nous n'y fixerons la soupape que d'une manière médiate, à l'aide d'un tube en verre, épais de 3 à 4 lignes, long de 5 pouces, dont l'une des extrémités parfaitement plane, sera armée de la soupape que j'ai décrite, et dont l'autre sera libre pour pouvoir l'adapter à la cloche, en suivant le procédé que je vais indiquer.

On prend un morceau d'intestin de porc, et mieux de trachée de mouton : ce conduit membraneux ne doit être long que de trois travers de doigt. On introduit l'extrémité libre du petit tube dans la cavité de l'un des bouts de l'intestin, préalablement ramolli dans l'eau, et au moyen de quelques tours de fil on les fixe solidement l'un à l'autre. On fait pénétrer de la même manière le sommet de l'entonnoir dans l'autre bout de l'intestin, et lorsque les deux tubes de verre se sont à peu près abouchés, on agit pour fixer le boyau au sommet de la ventouse absolument comme on s'y est pris pour les deux premiers.

Le tout étant ainsi disposé, on place la base de l'instrument *sur* la partie de l'abdomen où l'on veut opérer *le vide.* On pratique la succion au sommet du tube qui surmonte la ventouse: à chaque aspiration la soupape se soulevant, une portion de l'air contenu dans la cloche passe dans la bouche de l'opérateur. En retombant, cette même soupape s'oppose à toute rentrée du fluide élastique dans l'appareil. On continue cette manœuvre jusqu'à l'adhésion complète de l'instrument à la peau. Dans les expériences que j'ai citées, il était rare que l'intestin ne fût pas rentré dès la sixième opération. Il est inutile de dire que l'anneau membraneux, qui sert pour ainsi dire à articuler l'extrémité du tube avec le sommet de la ventouse, ne permet pas à la plus petite parcelle d'air de pénétrer dans le réservoir de verre; ceci est une conséquence naturelle de sa texture fibreuse.

On ne pourrait, ce me semble, opposer contre l'appareil que je viens de décrire, que sa grande simplicité. Mais n'est-ce pas là ce qui doit intéresser en sa faveur et contribuer à en populariser l'usage? Je suppose, par exemple, qu'au milieu d'une campagne, on désirât se fabriquer une ventouse pour l'opposer à cette dernière affection. Eh bien, on placerait ce petit tube, à l'aide d'un morceau d'intestin ou de trachée, au sommet d'un large entonnoir en fer-blanc que tous les paysans possèdent, et avec cette cloche opaque, on agirait, dans le cas qui nous occupe, aussi bien qu'avec une cloche de verre.

Afin de désigner par ordre les espèces de hernie où nos ventouses sont le plus efficaces, nous mentionnerons d'abord la hernie inguinale, puis l'ombilicale chez l'enfant ou chez la femme, et enfin la crurale. Remarquez que cet instrument trouve précisément sa plus fréquente application dans la première de ces affections, qui a le funeste privilége de se rencontrer le plus souvent. Je ne saurais trop recommander d'implorer le secours des larges ventouses toutes les fois qu'il s'agit de réduire une de ces tumeurs. Si je me montre si convaincu de leur efficacité, c'est que j'ai expérimenté sur leur valeur thérapeutique, ce mode d'instruction n'induisant jamais en erreur. Voulez-vous obtenir dans la réduction des hernies des succès presque constans? Joignez au procédé de M. Ribes l'influence de notre ventouse : placez le malade sur un matelas disposé en forme de plan très-incliné, de telle sorte que la région diaphragmatique soit le plus bas possible, que les cuisses soient allongées et sur la même ligne que le ventre, que le bassin soit très-élevé; relevez la tête du sujet avec un petit traversin pour qu'il puisse garder cette position tout le temps nécessaire. Puis pratiquez le taxis en même temps que vous appliquerez une large ventouse à succion sur le ventre. Dans l'intervalle de chaque tentative, mettez sur la tumeur une vessie pleine de glace, et réitérez encore l'apposition de la cloche. Rappelez-vous qu'il faut que la ventouse reste fort peu de temps adhérente, une fois qu'elle est bien prise; détachez-la bientôt pour la réappliquer ensuite, car c'est principalement pendant les mouvemens de succion que la hernie tend à franchir l'étranglement pour rentrer dans l'abdomen.

M. Koehler conseille d'appliquer une ventouse sur la hernie elle-même, afin d'attirer au dehors une plus grande masse d'intestin et dans le but de dégager la partie étranglée. Il prétend par là favoriser beaucoup la réduc-

---

(1) J'ai introduit dans la disposition de la soupape une modification qui simplifie beaucoup l'appareil. Dans l'origine, je fixais les quatre fils le long du tube en les recouvrant, à l'aide d'un peu de colle, d'un papier que je revêtais lui-même d'un canevas de soie pour le préserver du contact de l'eau en lavant l'instrument. Mais lorsque du sang venait à salir la soupape, je ne parvenais à la nettoyer qu'en défaisant le tout pour le recomposer ensuite. Voici comme je m'y prends aujourd'hui : je me procure un anneau en caoutchouc dont l'ouverture soit d'un diamètre un peu plus petit que celui du tube, j'introduis le tube dans la cavité de cet anneau, et je le fais glisser jusqu'à ce qu'il soit descendu à un pouce de son sommet. La grande élasticité dont cette substance est douée, favorise cette manœuvre, et permet qu'elle reste solidement fixée au verre. Eh bien, c'est au travers de cet anneau qu'à l'aide d'une aiguille je fixe les quatre fils. Par ce moyen, j'enlève la soupape quand il me plaît et je la remplace de même, sans que sa solidité soit en rien compromise.

tion. Je n'ose pas déterminer jusqu'à quel point cette idée est rationnelle. Tout ce que je sais, c'est que cette pratique doit être bien douloureuse, et qu'elle tend à faire affluer le sang dans des organes qui n'en sont déjà que trop gorgés. La gangrène ne pourrait-elle pas être la conséquence d'un tel précepte ?

L'usage de nos ventouses sera d'un précieux secours pour réduire l'intestin ou l'épiploon étranglés dans une plaie pénétrante de l'abdomen. Ce sera le moyen d'éviter souvent des débridemens dont une saine doctrine impose la loi de se montrer avare. On se servira ici de ces instrumens, d'après les principes établis plus haut.

Il est une maladie affreuse par ses souffrances, terrible par sa funeste terminaison et qui se trouverait certainement bien de l'intervention dans sa thérapeutique des idées précédemment émises. Je veux parler du *volvulus*. Si l'invagination n'est pas excessive, si elle est récente, si les brides n'offrent pas une grande consistance, pourquoi nos ventouses n'en triompheraient-elles pas aussi bien que des hernies ? J'ignore si quelque médecin à déjà proposé ce moyen ; mais je crois que ce serait sagement se conduire, si dans cette affection on appliquait une de ces cloches sur le côté opposé au siége présumé de l'iléus.

N° 115. — 27 Sept.

PATHOLOGIE INTERNE.

Cours de M. Andral.

Leçons sur les maladies des centres nerveux; recueillies par M. Malherbe.

(Suite du numéro 112.)

Du tétanos.

Comme les convulsions, le tétanos peut n'être qu'un symptôme d'une affection du cerveau ou de la moelle épinière; cependant il a été regardé plus souvent comme une maladie particulière, idiopathique.

Le tétanos consiste dans une rigidité permanente des muscles. Cette rigidité reste quelquefois bornée à ceux de la face et ne produit que le resserrement des mâchoires désigné sous le nom de trismus, mais elle porte, dans beaucoup d'autres cas, sur des muscles occupant d'autres régions du corps, et produit encore le tétanos qui a reçu des dénominations différentes, selon qu'il en résulte telle ou telle attitude du corps : ainsi on l'appelle opisthotonos quand la tête est renversée sur la nuque et que le tronc est fortement étendu en arrière ; on le nomme emprosthotonos quand le corps est au contraire courbé en avant, que le menton tend à se mettre en contact avec la poitrine, ou qu'il s'y applique : enfin il prend le nom de pleurosthotonos lorsque le tronc est courbé sur l'un ou l'autre de ses côtés.

Le tétanos peut être général ou partiel. Son siége est dans les centres nerveux, dans la moelle épinière surtout, et dans les gros troncs nerveux.

Caractères anatomiques. Comme dans bon nombre d'autres névroses, l'anatomie pathologique a été incapable jusqu'à présent d'expliquer cette maladie : elle est encore voilée d'épaisses ténèbres. Souvent on n'a rien trouvé ni dans la moelle qui, pour le dire dès maintenant, peut bien n'être affectée que secondairement, ni dans les pricipaux troncs nerveux qui en partent; la substance cérébrale, ses enveloppes se sont aussi montrées sans traces d'altération aucune.

Une fois, M. Andral a constaté pour toute lésion une rougeur très-vive de l'estomac ; du reste, rien du côté de tout le système nerveux. Dans d'autres circonstances, on a observé une sécheresse remarquable de l'arachnoïde rachidienne et encéphalique ; quelquefois les membranes de la moelle, et cette dernière partie ellemême ont été vues rouges, injectées; les nerfs aussi se sont montrés dans un pareil état de rougeur et d'injection, et dans certains cas ils offraient ces caractères dans le point où ils passaient à travers des parties lésées : c'est ce que l'on remarque fréquemment dans le tétanos traumatique, c'est-à-dire, dans le tétanos survenu à la suite d'une solution de continuité, d'une blessure, d'une plaie. M. Lepelletier place les injections qu'on note alors dans la pulpe et dans les nerfs. Il paraît qu'on aurait aussi rencontré de la rougeur dans les nerfs de la vie organique et dans les ganglions. Chez les nouveau-nés, on a constaté l'existence dépanchemens séreux ou sanguins dans les portions de la moelle épinière affectées (Billard). M. Dubreuil a trouvé, dit-il, dans la pie-mère rachidienne des fausses membranes très-bien formées; il en cite trois cas. On a pu encore observer des ramollissemens de la moelle en masse, ou seulement dans une plus ou moins grande étendue; MM. Patissier et Leppelletier en rapportent des exemples. On a signalé des cas où ce mode d'altération affectait les cordons antérieurs, ou d'autres points particuliers.

Lobstein a constaté sur le cadavre d'un tétanique un abcès placé derrière le corps d'une vertèbre, et qui comprimait la moelle est avait même détruit les cordons antérieurs dans le point correspondant. Dans des cas d'arachnitis, il y a, sinon tétanos complet, au moins quelques phénomènes qui s'en rapprochent assez.

D'après cela, on voit que dans le tétanos, comme dans beaucoup d'autres maladies nerveuses, on ne constate pas toujours les mêmes lésions; bien mieux, c'est que le tétanos peut exister sans qu'on en découvre aucune, et de même il est possible qu'on en rencontre sans que cette affection se soit manifestée. Que devrait-on conclure de là ? que le tétanos, ainsi que la chorée, l'épilepsie, etc., n'est pas le résultat d'une altération sensible et nécessaire, et cependant il faut qu'il y ait quelque chose de particulier, de spécial qui le produise, puisque dans des cas de desordres anatomiques de la moelle épinière ou des autres parties du système nerveux, soit aigus, soit chroniques, on ne l'a pas remarqué. Et en effet, les recherches cadavériques faites sur des sujets morts choréiques, épileptiques, cataleptiques ont conduit à la découverte de phénomènes pathologiques identiques à ceux observés sur des indivi-

des qui avaient succombé au tétanos; et chez ces différentes personnes, les maladies n'étaient pas du tout les mêmes, donc les causes doivent avoir un caractère différent.

Dupuytren attachait une grande importance à la rougeur du cœur et des vaisseaux sanguins dans le tétanos; mais M. Andral croit que cet illustre chirurgien se trompait, et qu'il prenait pour signes pathologiques ce qui n'était qu'un effet cadavérique.

On a voulu assigner comme causes de cette terrible maladie les inflammations gastro-intestinales, la présence de vers chez les enfans; mais sans nier leur influence qui dans des cas peut bien déterminer le tétanos, M. Andral pense que le plus souvent il y a simple coïncidence de ces affections. En définitive, le tétanos résulte d'une modification de l'influx nerveux, modification absolument inconnue.

Causes. Nous avons déjà vu ce qu'il fallait croire relativement à quelques-unes : arrivons à d'autres plus efficaces ou du moins plus saisissables. Plus souvent que les médecins, les chirurgiens ont occasion de voir cette maladie, parce qu'en effet elle est le plus fréquemment la suite de lésions traumatiques (d'où lui vient le nom de tétanos traumatique), de violences extérieures. Le tétanos peut être favorisé chez un individu affecté de plaies, par un état plus ou moins chaud ou froid de l'atmosphère, de même que par de mauvais pansemens. Les blessures capables de le faire éclater sont très-variées. M. Andral l'a vu arriver à propos de l'application d'un séton : le sujet fut d'abord pris de trismus, puis le tétanos devint général. Un autre individu faible et nerveux en fut atteint une heure après l'introduction d'un bistouri dans un bubon. Il s'est déclaré à la suite de l'avulsion d'une dent, à la suite d'une piqûre d'aiguille, chez des enfans surtout. La présence d'une arête dans l'œsophage lui a aussi donné lieu, de même que des blessures un peu plus graves que des chutes. Une femme eut le pied blessé par une chaussure trop étroite; il y eut une petite écorchure, et le tétanos se manifesta. Les causes traumatiques sont donc les plus aptes à faire développer cette redoutable affection. Mais indépendamment de celles-ci, il en est d'autres qui ont une influence plus ou moins grande sur sa production. C'est ainsi que des personnes en ont été atteintes pour être passées seulement d'une chaleur assez considérable à un froid vif, pour avoir traversé une rivière le corps étant en sueur, pour avoir dormi sur un sol humide. Viennent ensuite comme causes du tétanos, en admettant comme pour les cas précédens une prédisposition, les états morbides des différens organes.

Certaines substances introduites dans l'économie ont encore la propriété de le déterminer, telles sont la noix vomique, la strychnine, la brucine, qui ne réclament pas une prédisposition de la part des individus.

Sans faire appel à une ou à plusieurs de ces causes, l'affection que nous étudions est susceptible de naître spontanément, et sans cause connue. On la voit quelquefois frapper les nouveau-nés, surtout les jeunes négrillons dans les climats très-chauds, sans qu'on sache pourquoi; toutefois elle devient de plus en plus rare à mesure que la race noire s'éclaire, que sa manière de vivre se conforme davantage aux règles de l'hygiène. J. Franck a fait la même remarque par rapport aux juifs; ce qui porte à supposer que l'observation des lois hygiéniques a une grande influence sur le tétanos.

Symtômes, marche, durée, pronostic et terminaison. Les symptômes du tétanos sont déjà indiqués par sa définition : ils consistent dans une rigidité musculaire ordinairement partielle d'abord ou même toujours. Le sujet éprouve une raideur dans l'articulation des mâchoires, dans le col dont les mouvemens sont difficiles (torticolis), à la nuque dont les muscles portent la tête en arrière. Ces phénomènes se traduisent parfois avec une intensité assez peu considérable pour qu'on n'y fasse pas une grande attention. Dans des cas ces parties restent même libres, et la rigidité débute par les membres, ou par les parois abdominales dont les muscles sont tendus et offrent pour ainsi dire la dureté d'une planche; mais ce sont les cas les plus rares.

Lorsque le tétanos commence par le col, la nuque et la mâchoire, la déglutition est difficile. Quelquefois à la rigidité succède un état de relâchement, et il peut y avoir alternative de l'un et de l'autre; mais il est remarquable avec quelle facilité le plus léger choc, le moindre contact ramène la première; les émotions produisent le même effet. Cette rigidité peut exister seule ou être accompagnée de temps en temps de secousses dont la violence n'est pas la même chez tous les malades et dans tous les cas, et qui se feront remarquer tantôt à la tête, tantôt au tronc, tantôt aux membres.

Ces désordres de mouvement auront dans des circonstances une marche lente, insensiblement progressive, et par cela même d'autant plus insidieuse; dans d'autres, ils arriveront tout d'un coup à leur plus haut degré.

Si l'on examine ce qui se passe du côté de l'intelligence, on verra qu'en général elle se conservera intacte jusqu'à la mort, et que si elle se trouble, c'est qu'il est survenu une complication.

La sensibilité peut demeurer dans son état ordinaire, ou bien s'exalter comme il arrive souvent, et alors il y a des douleurs très-vives dans les muscles, douleurs prenant une sorte de type intermittent, mais qui reviennent par exacerbation.

Du côté de la vie de nutrition, peu de troubles dans les fonctions, à moins de cas graves : ainsi la respiration reste assez libre; mais dans des cas elle est tellement gênée, l'exercice en est tellement empêché que la mort par asphyxie en est souvent la suite.

La circulation et la digestion ne paraissent pas subir de grandes modifications tant que la maladie ne revêt pas un caractère trop grave. Le pouls peut être naturel ou accéléré; des vomissemens, de la constipation s'observent quelquefois.

La durée du tétanos varie; il se termine parfois en quelques heures; d'autres fois il se prolonge jusqu'à quinze ou vingt jours, et il ne faut pas croire que dans ce dernier cas on doive craindre plus que dans le pre-

mier, car en général la gravité de la maladie est en raison inverse de sa durée; on peut donc espérer que la terminaison sera heureuse quand elle se fait attendre. Il y a sans doute quelques exceptions: M. Andral a vu, en effet, le tétanos reparaître ou devenir plus intense, alors même qu'il lui avait paru devoir finir de la manière la plus favorable.

Cette affection est continuelle ou intermittente. Son pronostic est toujours grave, car le plus grand nombre de malades succombent.

Traitement. On a tout mis en usage contre cette cruelle maladie : les émissions sanguines employées avec hardiesse ont été souvent couronnées de succès. Entre autres cas vraiment frappans de guérison due bien certainement à ce mode de traitement, on peut en citer un dans lequel M. Lepelletier osa et avec le plus grand bonheur pratiquer six saignées de deux livres chacune, et un autre dans lequel M. Lisfranc fit en peu de temps huit saignées copieuses (évaluées à une livre chacune), et appliqua sur la colonne vertébrale 792 sangsues et 50 à l'épisgastre. Le malade avait été considéré comme perdu, mais l'activité du traitement déjoua le pronost c.

Les uns ont voulu qu'on tirât beaucoup de sang d'un coup, pour ne pas revenir à l'ouverture de la veine; d'autres ont conseillé des saignées fréquentes, répétées d'heure en heure, mais peu abondantes (3 onces chaque fois). Ce dernier moyen a obtenu aussi d'heureux résultats; on avait soin de maintenir le malade dans un bain tiède. Quand on peut déterminer que le tétanos tient à une myélite, c'est sur le rachis qu'on applique les sangsues; mais il est évident que dans des cas on n'eût pu agir comme l'ont fait les praticiens distingués que nous avons cités, et que l'opium et ses préparations l'auraient alors emporté sur les saignées.

On a administré chez des individus jusqu'à 20 et 30 grains d'extrait gommeux d'opium sans produire le narcotisme. Il y a donc ici une extrême tolérance pour ce médicament; les maladies nerveuses sont en effet celles qui modifient le plus l'action des agens thérapeutiques. En Italie, on a employé la morphine à haute dose et avec avantage.

L'acide hydrocyanique tenté sur des animaux tétanisés artificiellement à l'aide de la noix vomique, n'a amené aucun résultat satisfaisant. Si on essayait sur l'homme un agent aussi énergique, ce ne devrait être qu'avec la plus grande prudence et le plus grand ménagement. On peut employer les opiacés conjointement avec les saignées; M. Andral approuve fort cette méthode.

Les révulsifs à l'intérieur et à l'extérieur, les sudorifiques ont aussi été mis à contribution.

Les Anglais vantent contre le tétanos le mercure et ses préparations portées jusqu'à la salivation; mais lorsque ce phénomène a lieu la maladie est déjà ancienne, et conséquemment elle a plus de chances de guérison.

Le phosphore à la dose de 4 grains, le sous-carbonate de potasse, de fer ont été essayés sans succès.

Les préparations ferrugineuses, la teinture de cantharides à la dose de 2 gros, la liqueur arsénicale de Fowler à la dose de 10 gouttes combinées avec 15 de laudanum, l'huile de térébenthine à la dose d'une once dans deux heures ont été tentées empiriquement; mais on ne peut rien dire d'avantageux relativement à ces essais, et c'est encore le cas de répéter que plus on vante de médicamens contre une affection, moins on doit se promettre une guérison infaillible.

Quant au tétanos traumatique, on conçoit que l'art chirurgical doit quelquefois intervenir, soit pour débarrasser les blessures des corps étrangers ou des esquilles qui peuvent occasionner de l'irritation, pour opérer des débridemens lorsqu'il y a étranglement des parties, pour diviser complétement des nerfs qui ne le sont qu'imparfaitement.

N° 116. — 29 SEPT.

ÉCOLE PRATIQUE.

COURS PUBLIC D'OPHTHALMOLOGIE DE M. ROGNETTA.

Quatrième leçon. — *Diplopie.*

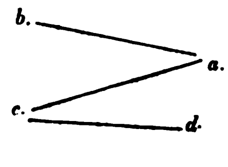
§ Ier *Généralités.* Ainsi que sa valeur littérale l'indique, le mot diplopie (*dis*, deux. *ops*, vision), désigne une altération de la vision qui fait voir double chaque objet qu'on regarde. Cette lésion a été aussi appelée *visus duplicatus*, *suffusio multiplicans*, etc.

Les auteurs ont classé la diplopie au nombre des maladies de la rétine. N'étant cependant le plus souvent qu'une conséquence, ou plutôt un symptôme du strabisme aigu, j'ai cru devoir le placer à côté de cette dernière affection.

On peut se former facilement une idée de la lésion en question, en produisant artificiellement la vision double. Tout le monde peut s'assurer que si l'on regarde fixément des deux yeux un objet lointain très-éclairé, comme un réverbère, une étoile, la lune, par exemple, et qu'on comprime en même temps avec le bout de doigt la base de la paupière ou l'un des angles de l'orbite, de manière à déplacer un peu le globe oculaire d'un côté, l'objet paraît double. Cela s'explique facilement par la déviation anormale de l'axe oculaire ou par le strabisme artificiel qui en résulte.

Dans le regard binocle et normal, les deux axes visuels qui partent d'un même objet étant parfaitement homologues, ne peuvent produire qu'une perception unique, comme deux cordes homotones ne produisent qu'un seul et même son, une seule et même sensation sur les deux oreilles. (Briggius).

Du moment par conséquent que les axes oculaires cessent d'être en harmonie dans le regard, il y a diplopie. La figure suivante rend la chose encore plus évidente :



Soit l'objet *a* regardé par les deux yeux *b c*, il est évident que les deux axes *b c* se réunissant sur l'objet *a*, ne peuvent donner qu'une perception unique. Si cependant, par suite d'un strabisme, l'axe *a c* tombe sur le point *d* de l'objet regardé, il est clair que les deux axes ne coïncidant pas sur le même point, doivent chacun rapporter une image distincte du même corps, d'où la diplopie.

La diplopie n'est donc, comme on le voit, qu'une sorte d'illusion optique dépendant le plus souvent de la direction vicieuse des axes oculaires. Je dis le plus souvent; car, ainsi que nous allons le reconnaître, la déviation axuelle n'est pas toujours nécessaire pour que ce phénomène ait lieu.

§ 2. *Variétés.* Les auteurs n'admettent généralement que deux espèces de diplopie : l'une symptômatique de strabisme, l'autre essentielle ou idiopathique, c'est-à-dire consistant dans une dépravation particulière de la faculté sensitive de la rétine. Dans la première, il n'y a vision double que dans le regard bi-oculaire; elle se dissipe si on regarde successivement avec un œil. Dans la seconde, au contraire, la diplopie existe dans le regard *unioculaire* comme dans le bi-oculaire. Il y a strabisme dans le premier cas, il n'y en a pas dans le second.

Cette distinction est exacte en général; mais les ophthalmologues paraissent avoir oublié que la diplopie unioculaire peut présenter des variétés qui ne se rattachent nullement à l'état de la rétine. Nous rapporterons en effet des cas de cette espèce dont la diplopie dépendait de l'existence de plusieurs ouvertures pupillaires dans un même iris, de la forme polyèdre de la cornée, d'une couche habituelle de liquide au-devant de l'œil. Je crois donc qu'il serait plus exact, et surtout plus utile, de diviser la diplopie d'après le siége des causes qui la produisent.

J'admets en conséquence quatre variétés de diplopie :

1° La musculaire (symptômatique des auteurs).

2° La rétinienne (essentielle des auteurs).

3° L'irienne ou pupillaire, c'est-à-dire dépendant de la multiplicité de la pupille.

4° La cornéale; savoir : pouvant dépendre de quelque lésion de la cornée. Il y en aurait peut-être une cinquième variété produite par la forme à facettes du cristallin; mais son existence n'est pas encore aussi prouvée pour moi que les précédentes. Parmi ces variétés, la musculaire est incontestablement la plus fréquente.

La diplopie musculaire peut atteindre un œil ou bien les deux yeux à la fois. Elle peut dépendre de l'affection de tel ou tel muscle, et se trouver compliquée de la paralysie de la paupière supérieure. Dans ce dernier cas, il y a toujours strabisme divergent (*v.* les précédens); dans tous les autres cas, le strabisme qui occasionne la diplopie peut affecter différentes directions. Ces considérations expliquent déjà :

1° Pourquoi la diplopie musculaire exige toujours le regard binocle pour se déclarer, et pourquoi elle se dissipe aussitôt qu'on ferme l'un des yeux.

2° Pourquoi la diplopie en question ne se déclare quelquefois que lorsqu'on regarde dans telle ou telle direction, ainsi que nous l'avons constaté à l'occasion du strabisme.

§ 3. *Étiologie.* 1° Les causes de la diplopie musculaire, qui est la plus fréquente, sont tantôt de nature paralytique, tantôt spasmodique, tantôt enfin elles agissent mécaniquement sur le globe oculaire, et le détournent de sa direction normale. Toutes ces causes ne produisent la diplopie, ainsi que nous l'avons déjà dit, qu'en occasionnant le strabisme, soit momentané, soit permanent. Elles peuvent siéger dans le cerveau, dans les environs de l'œil, ou bien dans des régions éloignées.

A. *Encéphaliques.* La commotion cérébrale, les convulsions, l'apoplexie, les congestions intrâ-crâniennes et les tumeurs encéphaliques, produisent très-souvent la diplopie musculaire. Un médecin tombe de cheval et perd connaissance; il en revient, et voit double chaque objet qu'il regarde. (Demours). Une femme tombe dans un fossé, essuie une commotion cérébrale et devient diplopique. Quelques agonisans, les femmes hystériques, les individus atteints de fièvre maligne, etc., voient les objets doubles durant l'état convulsif de leurs muscles. Un prêtre est frappé par la foudre et reste apoplectique pendant plusieurs heures; il en revient et s'étonne de voir double. (A Vater, *Visus duo vitia rarissima,* p. 7.)

Les grands joueurs, les hommes de cabinet, deviennent facilement diplopiques par les congestions cérébrales qu'ils éprouvent. Le chagrin et la peur agissent à peu près de la même manière. Une demoiselle voyait double pendant quelque temps chaque fois qu'on la grondait. Les jeunes veuves se trouvent quelquefois dans le même cas; heureusement que leur chagrin ne dure pas longtemps, comme on sait!

Les horlogers, les bijoutiers, les brodeurs, les géographes, les télégraphistes, les microscopistes, etc., qui travaillent surtout à la lumière artificielle, voient souvent double par les mêmes raisons.

Les tumeurs encéphaliques enfin, telles que tubercules, fongus, anévrismes, etc., occasionnent très-fréquemment la diplopie, en comprimant l'origine des nerfs qui se rendent aux muscles de l'œil. Je connais moi-même une foule de cas de cette espèce.

B. *Périoculaires.* Dans l'acte même de la fonction de la procréation, un jeune armurier de Paris sentit un *tac* douloureux au côté externe de l'œil, par suite d'une rupture de quelques fibres du muscle abducteur; il loucha en-dedans et vit double à l'instant même (Demours.) Un individu devint diplopique à la suite d'un coup de poing à la joue. (Wardrop). Un troisième par l'irritation causée sur les nerfs frontaux par quelques ulcères syphilitiques sur le crâne. (Hermann Cummius). Un quatrième enfin, à la suite d'un vésicatoire sur le front. (Briggius, *Nova theor. vis.*)

J'ai vu la diplopie survenir par l'action d'un coup d'air froid sur l'œil. Un caporal-tambour battait la retraite sur le boulevard du Temple; il est frappé à l'œil d'un coup de vent glacial alors qu'il était en sueur; la paupière se ferme; il rentre chez lui, et est tout étonné de trouver deux épouses au lieu d'une, quatre enfans

au lieu de deux. Il y avait strabisme divergent.

C. *Eloignées.* - L'embarras gastrique, l'ivrognerie (*Ebriis haud raro objecta duplicantur*, etc., Juv.) la grossesse, la suppression des règles et de quelques autres excrétions habituelles, la colique saturnine, quelques fièvres intermittentes, etc., occasionnent souvent la diplopie musculaire par leur action sympathique sur l'encéphale. Les faits de cette espèce sont excessivement fréquens.

2° Les causes de la diplopie unioculaire présentent aussi des différences suivant leur siége.

a. Rétinienne. Il est très-rare de rencontrer la diplopie essentielle. J'ai eu pourtant l'occasion d'en voir un exemple à la consultation de Boyer. Un cordonnier âgé de quarante ans, de la rue de l'Université, se plaignait de faiblesse dans la vue et de diplopie parfois. Il voyait double avec l'œil gauche, le droit étant fermé. Les pupilles étaient très-contractées. Le mal s'était déclaré à la suite de veilles trop prolongées en travaillant à la chandelle. Boyer lui ordonna un séton à la nuque et l'éloignement de la cause. L'amaurose suivit deux mois après cet état de la vision. Daniel Hoffman nous a aussi conservé l'histoire d'un cas de diplopie rétinienne ou unioculaire par suite d'une congestion sanguine cérébrale. (Boyer).

Comment, dans ces cas, la rétine acquiert-elle la singulière faculté de voir deux images pour chaque objet? C'est ce qui est difficile à dire d'une manière positive; je présume néanmoins que cela dépend d'une congestion irrégulière de sang dans la rétine et dans la pulpe du nerf optique. (*V.* Kœrberus, *De rariorbus quibusdam visionis vitiis*, p. 5).

b. Irienne. L'iris peut présenter deux ou plusieurs pupilles, soit accidentellement, soit congénitalement. Dans ce dernier cas, il y a autant de cristallins que d'ouvertures pupillaires. (Wardrop). On a prétendu que la multiplicité des pupilles n'entraînait que la confusion de la vue sans diplopie; cela est vrai pour les cas où l'autre œil est sain; car on s'habitue à ne regarder qu'avec celui-ci. Adams cependant dit positivement avoir observé la vision double sur un œil doué de deux pupilles. Il cite même un fait fort remarquable de trois pupilles sur un même iris, dont la présence avait produit la vision double. On aurait cru, *à priori*, que la vue aurait dû être triple dans ce dernier cas. Demours parle aussi d'un iris à trois pupilles par suite de trois abcès dans le parenchyme irien; mais il ne dit rien sur l'état de la vision. J'ai vu moi-même des iris portant deux pupilles accidentelles, mais l'œil était amaurotique.

c. Cornéales. Boërhaave parle d'un homme dont la cornée avait la forme polyèdre et qui voyait triple chaque objet avec un œil: c'est ce qu'on pourrait appeler triplopie. « Boërhaave vidit hominem cuncta triplicata cernentem quia cornea polyedra erat » (Klanhold, de visu duplicato, p. 10). Weller a aussi admis une diplopie dépendant de la forme facettée de la cornée. Déjà Wolfius avait fait faire des lunettes à verres polyèdre, et il avait pu multiplier à volonté le nombre des images des objets, ce qui venait à l'appui de l'observation de Boërhaave. Haller néanmoins, fit observer qu'il y a des insectes dont les yeux sont multiples et les cornées facettées, et pourtant leur vision est simple.

Une tache sur le centre de la cornée peut quelquefois occasionner la diplopie (Weller). Lorsqu'une couche d'eau ou de chassie diaphane couvre la surface de la cornée, comme quand on pleure par exemple, si l'on regarde le soleil, ou une chandelle allumée, on voit double quelquefois. On voit bien, par ce qui précède, que l'étiologie de la diplopie est plus riche et plus importante en conséquences pratiques, que les auteurs ne l'avaient fait penser jusqu'à ce jour.

§ 4. *Caractères.* Le début de la diplopie est subit ordinairement. Il est précédé souvent de céphalalgie ou d'autres symptômes propres à la maladie qui l'occasionne. D'autres fois, la déclaration et même la marche de la vision double sont lentes ou bien intermittentes. Les caractères sont, les uns physiques, les autres physiologiques.

Physiques. 1° Déviation axuelle du globe oculaire, ou bien absence de cette circonstance suivant la nature musculaire ou autre de la maladie.

2° Iris, pupille, cornée et conjonctive dans l'état normal, ou bien plus ou moins altérées selon l'espèce de diplopie.

3° Paupière supérieure paralysée ou non.

Physiologiques. 1° Vision double dans le regard binocle ou monocle suivant la nature de la maladie. La fausse image est toujours moins nette que la réelle; elle est placée antérieurement, postérieurement, supérieurement, inférieurement, ou bien latéralement à la vraie image, suivant que l'axe optique a été dévié dans tel ou tel sens.

2° Disparition de la diplopie dans le regard monocle, si le phénomène dépend d'une affection musculaire. La diplopie de cette espèce disparaît aussi dans le regard binocle si l'on presse avec le doigt l'œil dévié, de manière à mettre son axe au niveau de l'autre, ou bien si l'on presse l'œil sain de manière à rendre sa ligne optique parallèle avec celle de son semblable.

3° Confusion dans la perception des images des corps durant les premières semaines de la diplopie. La double image occasionne d'abord un certain trouble assez pénible dans la vision à cause de leur netteté inégale. La lecure est impossible dans les premiers temps. L'expérience du toucher cependant fait bientôt connaître que l'image faible n'est pas la réelle. Le regard par conséquent se fixe de plus en plus sur l'image la plus vive, l'autre devient graduellement de plus en plus faible et par conséquent moins incommode; elle est entièrement négligée enfin, et le malade s'habitue à ne regarder qu'avec l'œil sain; le strabisme reste seul alors si la diplopie était musculaire.

4° Enfin, céphalalgie frontale et autres symptômes propres à la nature et au siége de la cause de la maladie.

Terminaisons. 1° Guérison complète.



2° Ambliopie et strabisme permanent ; c'est la terminaison la plus ordinaire.

3° Amaurose et ses conséquences.

§ 5. *Pronostic.* 1° Sous le rapport de la vision double, le pronostic est toujours favorable, car cet état se dissipe constamment dans l'espace de quelques semaines.

2° Relativement à l'état de la rétine, il est réservé ou fâcheux, car l'ambliopie ou l'amaurose en sont souvent la conséquence.

3° Relativement au globe de l'œil, le pronostic est le même que celui du strabisme.

4° Quant à la cause déterminante enfin, il est variable suivant la nature de celle-ci.

§ 6. *Traitement.* Il est évident par les détails précédens, que c'est moins contre la diplopie directement que contre la cause du strabisme aigu qui l'occasionne, ou bien qui déprave la faculté sensitive de la rétine, que le traitement doit être dirigé, car la vision double n'est par elle-même qu'un phénomène de courte durée. Il est aussi manifeste que dans la diplopie irienne et cornéale l'art n'a pas grand'chose à opposer ; Adams pourtant, dans le cas que nous venons de citer, a divisé avec l'aiguille le pont de trois ouvertures iriennes en les convertissant en une, et a dissipé de la sorte la vision double. Envisagé de cette manière, le traitement de la diplopie est constitutionnel et local ; il convient tout autant à la diplopie, qu'à la paraplégie palpébrale et à certaines variétés d'amaurose.

1° *Constitutionnel.* Variable suivant les causes de la maladie et les circonstances individuelles de l'organisme.

A. Remèdes évacuatifs des différens systèmes organiques, savoir, circulatoire (saignées), digestif (émétiques, purgatifs), cutané (diaphorétiques, gymnastique), urinaire (diurétiques, eau fraîche bue en grande quantité), salivaire (salivation artificielle par le calomel donné intérieurement, six grains toutes les trois heures. Pamard.)

B. Antispasmodiques ; savoir, bains chauds, tièdes, froids avec ou sans affusions sur la tête (Pamard); opiacés, muse, camphre, éther chez les convulsionnaires (Demours).

C. Spécifiques ; anti-syphilitiques (Boyer). Anti-rhumatismaux, colchique, etc. C'est à la sagacité du médecin à choisir à propos parmi ces remèdes.

2. *Local.* A. Révulsifs, vésicatoires au front, à la tempe, à la nuque (Boyer). Pommades éruptives à la tempe, au sourcil, à la base de la paupière supérieure.

Prenez.	Tartre stibié,	2 gros.
	Deuto-chlorure de mercure.	4 grains.
	Axonge, demi-once à une once. F. : pomm.	

Frictions d'huile de croton comme moyen éruptif aux mêmes endroits. Ventouses scarifiées ou sèches à la tempe, à la nuque (Larrey)

B. Stimulans. Galvano-poncture (Fabré-Palaprat). Vapeurs d'ammoniaque sur l'œil, à l'aide d'une fiole approchée de l'organe plusieurs fois par jour. Cautériser le sourcil et la paupière avec la potasse, qu'on traîne comme la pierre infernale (Poirson). Vapeurs de gaz acide sulfureux sur l'œil, en faisant brûler de la fleur de soufre sur un fer chaud (Boyer).

Il est à peine nécessaire d'ajouter que lorsque l'état aigu de la maladie a été dissipé, la lésion rentre dans les catégories du strabisme ou du prolapsus de la paupière.

Sur le traitement de la colique de plomb par l'huile de croton-tiglium ; par le docteur Bo, de Genève.

Un ouvrier âgé de 31 ans, d'une forte constitution, entre pour la première fois dans une fabrique de minium, le 6 octobre ; il ne prend aucune précaution, manie le plomb, en respire la vapeur. Au bout de quelques jours il éprouve de légères coliques qu'il néglige ; mais le mal va croissant, et l'homme se sent en danger de mourir ; on le transporte à l'hôpital : face pâle, yeux retirés au fond des orbites, douleurs très-aiguës dans tout le ventre, principalement à l'ombilic, avec plus d'acuité à la moindre pression de la main ; abdomen dur et serré dans toute son étendue ; langue sèche et chargée, constipation opiniâtre, urine en petite quantité, pouls petit, vibrant et dur. (*Saignée du bras* ℥ ij, *huile de ricin*, *fomentations.*)

Le lendemain, même état; on ajoute une goutte d'huile de croton aux deux onces d'huile de ricin, fomentation, lavemens. La colique et la constipation persistent. Le soir trois gouttes d'huile de croton, ajoutées aux deux onces d'huile de ricin.

Le troisième jour, six gouttes d'huile de croton. Seconde saignée. — Tous les remèdes ne procurent aucun soulagement ; on peut obtenir à peine une faible évacuation alvine, et le malade allait de mal en pis. Il fallait prendre un parti et faire la médecine de la cause matérielle ; pour cela, deux moyens se présentaient : neutraliser le plomb avec l'acide sulfurique étendu, comme cela se fait dans le laboratoire, ou chasser par haut ou par bas le poison.

La neutralisation avait manqué plusieurs fois au docteur Bo, car l'estomac n'est pas une cornue, quoiqu'il en ait un peu la forme.

Tenter le vomissement était un moyen plein d'incertitude et dangereux. Probablement le poison avait dépassé l'estomac ; il ne restait donc que l'emploi d'un drastique très-énergique ; encore n'a-t-on pas à craindre de faire passer l'irritation des intestins à l'inflammation. Toutefois, dans une conjoncture aussi critique, il ne s'agit pas de prendre un parti infaillible, mais celui du succès le plus probable.

En conséquence, le médecin, après avoir augmenté la dose de l'huile de croton progressivement pendant six jours, arrive à vingt gouttes dans quatre onces d'huile de ricin, dont la moitié est prise le matin, et l'autre moitié le soir. Cette fois il survint des selles abondantes, et, chose remarquable, chaque selle était

suivie d'un prompt soulagement et de ramollissement du ventre. Cependant la langue restait toujours sèche et le pouls conservait ses vibrations, ce qui fit prescrire une troisième et une quatrième saignées du bras.

Le dixième jour du traitement, rémission satisfaisante de tous les symptômes. Le malade ne se plaint plus que de trop de sensibilité à l'attouchement du ventre. Pour éteindre cette irritation de la membrane muqueuse, on appliqua des sangsues au siége, et tout l'organisme revint à l'état normal, moyennant quelques pilules d'extrait d'opium pommeux. Le malade était parfaitement guéri quinze jours après son entrée à l'hôpital.

(*Repertorio medico-chirurgico del Piemonte.*)

GAZETTE MEDICALE

DE PARIS.

SEPTEMBRE 1836.

N° 36. — 3 Sept.

PHILOSOPHIE MÉDICALE.

Rapport sur le concours pour le prix d'anatomie pathologique fondé par Portal, au nom d'une commission composée de MM. Andral, Ribes, Cornac, Martin-Solon et Double; par M. Double, rapporteur (1).

Nous venons soumettre à la sanction de l'Académie les décisions de la commission chargée d'examiner les mémoires qui sont arrivés au concours pour le prix *Portal anatomie pathologique.*

Au mois de juillet 1833, l'Académie avait proposé, pour le sujet de ce prix, à décerner l'année suivante 1834, *cette question :*

« *Quelle a été l'influence de l'anatomie pathologique sur la médecine depuis Morgagni jusqu'à nos jours.* »

Mais on ne tarde pas à le sentir, le temps était bien bref pour une question aussi vaste, et le premier terme du concours étant arrivé, l'Académie, sans surprise comme sans découragement, dut proclamer l'insuffisance des efforts faits par MM. les concurrens; toutefois, convaincue intimement de l'importance de ce sujet, l'Académie le mit encore une fois au concours, et pour exciter autant qu'il était en elle l'ardeur des médecins hommes d'étude, elle voulut doubler à la fois et la durée du temps et la valeur de la récompense. Le concours fut donc prorogé au mois de juillet 1836 et la récompense élevée à la somme de 1200 francs.

Cette sage mesure a porté ses fruits. Quatre mémoires recommandables à différens titres, remarquables à des degrés divers, sont parvenus à l'Académie en temps utile. Chacun d'eux a son mérite particulier, et si la commission vient à se montrer sévère dans son jugement envers quelques-uns de ces mémoires, c'est qu'elle s'y trouvera contrainte par le besoin de rendre une plus éclatante justice à la valeur relative de chacun. Dans l'opinion de la commission, l'Académie aura obtenu cette fois un des brillans résultats dont les annales des concours académiques aient laissé l'exemple.

(1) Nous publions ce rapport en entier parce qu'il sort de la ligne des rapports ordinaires par le fond et par la forme. Les idées originales et élevées qu'il renferme, rendues et commentées avec le talent ordinaire de M. Double, prépareront à la lecture de l'important ouvrage de M. Amador.

Gloire, honneur et graces soient rendus à l'illustre fondateur de ce legs. C'est longtemps encore du haut de sa chaire, au collége de France, que Portal attisera le feu sacré de l'anatomie pathologique. Du haut de cette chaire où, pour la première fois dans notre patrie, Morgagni fut signalé, expliqué, commenté. Du haut de cette chaire, autour de laquelle se sont successivement pressés comme disciples les Desault, Pinel, Corvisart, Bichat, Bayle, Dupuytren et plusieurs autres anatomo-pathologistes célèbres dont nous tairons ici les noms, seulement, parce qu'ils pourraient nous entendre, et à la modestie desquels nous demanderons toutefois la permission de les proclamer plus tard : alors notre rôle obligé d'annaliste fidèle nous servira d'excuse.

Évidemment Portal fut la souche de cette grande école. Et quand même on parviendrait à le dépouiller de tous ses autres titres à la gloire, celui-là suffirait encore à une grande illustration médicale.

Mais présentons une analyse rapide des mémoires venus au concours. Que si dans cette exposition concise, sentant qu'il est en nous de le faire, nous venons à bout de nos desseins, l'Académie tout entière aura, en quelque sorte assisté aux séances de la commission, et après avoir ainsi partagé nos travaux, peut-être partagera-t-elle aussi nos convictions.

Nous intervertirons le rang numérique d'inscription de ces mémoires, nous avons jugé plus méthodique d'en présenter l'analyse dans l'ordre du degré d'intérêt qu'ils nous ont offert.

Le n° 4, par rang d'inscription, a pour épigraphe cette sentence si encourageante de Virgile :

> . . . . Labor omnia vincit
> Improbus.

Par malheur, loin d'y avoir puisé des conseils et des inspirations, l'auteur y prépare, au contraire, sa propre condamnation.

Effrayé, en effet, par la tache que donnait le programme, l'auteur de ce n° 4 amoindrissant le sujet outre mesure, s'est aheurté à une maladie unique.

Sur les quatre grandes divisions du bel ouvrage de Morgagni, il en a éliminé trois, et dans l'autre, la première, celle qui traite des maladies du cerveau et de ses membranes, il n'a considéré que l'apoplexie.

Dans l'étude de cette maladie, il établit nettement ce que l'anatomiste de Padoue a fait de bien, de bon et de beau touchant la connaissance spéciale de l'apo-

plexie; et en rapprochant de cette judicieuse appréciation les travaux successifs, les découvertes importantes et les perfectionnemens utiles des médecins modernes, il en fait ressortir les lumières que l'anatomie pathologique a répandues non point sur la médecine en général, comme l'avait voulu le programme, mais seulement sur l'apoplexie, « présumant, dit-il, que ce qu'il aurait reconnu et établi de l'influence de l'anatomie pathologique sur telle maladie, on ne pouvait s'empêcher de l'admettre plus ou moins pour telle autre. »

Analyse claire, méthodique, lumineuse, savante des recherches de Morgagni touchant l'apoplexie : exposition et rapprochement comparatifs des travaux des médecins modernes en anatomie pathologique sur cette seule maladie : tel est le résumé de ce mémoire sur leqnel nous ne saurions fixer plus longtemps l'attention, par cette raison surtout qu'il n'a approfondi qu'un seul point dans le vaste cercle que l'Académie avait tracé à MM. les compétiteurs.

Le mémoire inscrit sous le n° 3 porte cette épigraphe empruntée à Morgagni :

« *Acres subtilioris anatomes adversarios cognovi,*
» *ipsos inquam vidi, hanc de quâ nunc loquor anatomen ut vocant practicam, non improbari, imò verum*
» *medicinæ lumen esse dicere.* »

Ce que l'auteur du n° 4, que nous venons de faire connaître, n'a exécuté que pour l'apoplexie; l'auteur du n° 3 que nous examinons l'a tenté sur les quatre grandes divisions de l'œuvre immortelle laissée par l'illustre professeur de Padoue et sur chacune des principales maladies que Morgagni a élucidées dans cet ouvrage. Mais ici ce que le mémoire a gagné en étendue et en complément, il l'a perdu en profondeur et en importance; tout est un peu diffus, lâche, sans mouvement et sans vie dans ce travail; où l'on retrouve cependant encore ce genre tout particulier d'intérêt inséparable du sujet lui-même.

L'auteur analyse froidement son Morgagni; il donne en raccourci l'histoire des maladies, et il décrit dans le plus grand détail les ouvertures des corps qui les terminent. Dans notre opinion il y a sans contredit plus de profit et peut-être aussi moins de peine à lire l'ouvrage original lui-même.

Ensuite ce n'est pour ainsi dire que d'une manière accessoire que l'auteur signale les nombreuses et les riches acquisitions que l'anatomie pathologique a faites depuis Morgagni jusqu'à nos jours. Il en néglige et peut-être en méconnaît-il certaines, il s'appesantit trop sur quelques-unes; il en apprécie mal quelques autres. Comme exposition et comme critique, ce travail, qui ne contient d'ailleurs rien d'original, rien qui lui soit propre, a moins de valeur que le précédent à beaucoup près : c'est assez dire qu'il échappe aux encouragemens qui sont à la disposition de l'Académie.

Le mémoire n° 1 dont l'épigraphe est ce passage de Baglivi :

« *Non opinandum, sed certò et attentè sciendum,*
» *neque disputandum, sed experiendum qui natura faciat aut ferat* », embrasse la question bien autrement que les mémoires précédens.

Deux parties distinctes patagent à peu près également ce travail.

Dans la première partie l'auteur traite de l'influence qu'a excercé l'anatomie pathologique sur la sience en général.

Dans la deuxième, il expose l'influence qu'elle a exercée sur la connaissance des maladies en particulier.

La première partie, celle qui concerne la science en général, est divisée en sept chapitres, dans lesquels l'auteur présente successivement l'état de la science à l'époque de Morgagni, l'influence de l'anatomie pathologique sur la connaissance du siége des maladies : l'influence qu'elle a eue sur la connaissance de la nature des maladies : son influence sur la direction du traitement : son influence sur les théories médicales et l'esprit philosophique qu'elle a développé parmi nous : l'exposition des méthodes qu'elle a mises en usage, enfin la détermination des erreurs qu'elle a introduites dans la science.

La deuxième partie, celle qui a pour objet l'influence de l'anatomie pathologique sur la connaissance des maladies en particulier, embrasse dans six chapitres différens les maladies de l'appareil cérébro-spinal, de l'appareil circulatoire; de l'appareil respiratoire, de l'appareil digestif et de ses dépendances; les maladies générales et de quelques tissus, et finalement l'influence de l'anatomie pathologique sur quelques parties spéciales de la pathologie et son application à plusieurs branches des sciences médicales.

On le voit déjà, le plan de ce mémoire méthodiquement conçu, embrasse bien la totalité de la question; il la suit dans toutes ses parties, et l'examine sous tous ses points de vue. Dans le premier chapitre l'auteur explique en ces termes le goût rapidement accru en France de l'anatomie pathologique. Il fait sentir combien la tendance générale des esprits devait y favoriser alors les progrès de ces études. Les doctrines sensualistes y étaient arrivées par degrés à l'empire universel; et de même qu'on croyait pouvoir tirer toute morale du traité des Sensations, on devait *a fortiori* penser que la science de l'homme malade est tout entière dans l'anatomie pathologique. Le sensualisme avait ses historiens, ses politiques, ses moralistes, ses physiologistes; comment n'aurait-il pas eu ses pathologistes?

Pour la plupart des chapitres que nous avons indiqués, l'auteur est entré dans de justes, dans de lumineux développemens, qui ont satisfait la commission.

Le hasard, l'ordre numérique, et peut-être aussi l'effroi causé par la vue d'un énorme manuscrit, que deux justes volumes d'impression pourraient contenir à peine, font que tous les juges du concours ont lu le n° 1 avant le n° 2, et chacun de nous avait déjà pensé que le n° 1 présenterait peut-être assez de valeur, assez d'importance pour mériter d'être couronné.

Toutefois, chacun avait remarqué déjà que, sur plusieurs points et dans quelques chapitres, l'auteur posait bien ses questions, mais qu'il les approfondissait mal,

et qu'il n'en établissait pas toujours suffisamment les solutions.

Peu nourri peut-être des faits comparatifs de la pratique, il traite de surannées et regarde comme vicieuses des méthodes dont une judicieuse application donne, dans les cas d'indication véritables, de très-heureux résultats. Dans ce travail, l'auteur n'a guère tenu compte que des recherches des médecins français, ce qui le conduit entre autres à des propositions souvent contestables. On signale encore dans ce mémoire des assertions hasardées, certaines propositions mal sonnantes et qui décèlent une connaissance trop superficielle de quelques auteurs classiques.

En général, au milieu de l'inquiète agitation des esprits, le calme manque à la lecture dans notre époque; et trop souvent la culture a failli à nos productions.

Mais qu'est-il besoin de chagriner davantage l'auteur par le récit de nouvelles fautes de détail?

Le n° 2 est là qui, dans *l'unanime* conviction des juges enlève la palme sans contestation : voici ses titres; il a choisi pour épigraphe ce passage du précis d'anatomie pathologique de M. Andral : « *L'anatomie pathologique n'est qu'un des nombreux points de vue sous lesquels peut être envisagée la science de l'homme malade.* »

Remarquons-le tout d'abord : cette épigraphe n'est point une vaine formalité, c'est comme l'inscription de l'édifice qui en indique la nature et l'usage. L'auteur, en effet, ne s'est pas borné à faire l'apologie de l'anatomie pathologique : saisissant bien et la lettre et l'esprit du programme, il a embrassé la question dans toute sa latitude, il a dominé son sujet dans toutes ses parties.

Nous n'avons ni le dessein ni la mission de donner à l'Académie une analyse minutieuse de ce mémoire. C'est un travail de longue haleine, de haute portée, et dans lequel les faits, les principes, les idées et les raisonnemens se lient et s'enchaînent de manière à rendre au moins très-difficile toute analyse. Ce travail, nous ne craignons pas de le dire, est l'appréciation la plus complète, la plus large, la plus philosophique et la plus juste qui ait encore été faite de l'anatomie pathologique.

Mais la tâche nous a été donnée de mettre en relief le plan de l'auteur, de faire connaître sa méthode, et d'exposer les idées mères qui fécondent son œuvre. Essayons.

A la faveur de deux ou trois principes de haute analyse, l'auteur a déroulé d'abord les mouvemens progressifs de la science médicale en général, et ensuite de l'anatomie pathologique en particulier. Comme il avait à examiner l'influence de l'anatomie pathologique sur la médecine, en logicien puissant, il a vu que la question comprenant deux termes, *anatomie pathologique et médecine,* force était d'en bien fixer le sens, et d'établir les véritables rapports qui les unissent toutes deux, à ce point de les rendre inséparables l'une de l'autre, et de ne constituer qu'une seule et même science agrandie, élucidée, complétée par la succession des temps et des recherches.

Une pensée n'abandonne jamais l'auteur, c'est de de faire partout sentir comment l'anatomie pathologique s'est associée à la médecine; par quels liens l'une et l'autre se rapprochent, s'enchaînent, se confondent. Cette pensée, il la suit dans l'ensemble et dans les détails; en fait comme un droit; dans l'histoire ainsi que dans la spéculation; dans la pratique aussi bien que dans la théorie scientifique.

Cette vue, la seule qui, en éclairant le problème, fût capable de dominer à la fois et d'expliquer les détails, cette vue, dis-je, amène l'exposition de plusieurs lois de développement historique de la médecine, et c'est là que nous allons à présent suivre l'auteur.

La science médicale et son histoire qui n'est que la science en action et en mouvement, comprend trois élémens distincts.

1° L'élément phénoménal, externe, symptomatique.

2° L'élément matériel, organique.

3° L'élément vital, moteur ou dynamique.

Or, la science médicale, d'après l'auteur, a parcouru pour chacun de ses élémens les mêmes phases historiques, et retrouvé sur tous, par de voies diverses, des vérités analogues. De plus, de même que sur d'autres points la science est arrivée successivement au solidisme, à l'humorisme et au vitalisme, de l'anatomie même pathologique, d'abord solidiste, est devenue ensuite humoriste et s'élève maintenant à un vitalisme bien compris.

La salutaire influence de l'anatomie pathogique sur chacun de ces systèmes, à mesure qu'elle les a pénétrés, vivifiés, n'est point problématique. Voyez, par exemple, ce qu'était le solidisme avant Morgagni, et comparez les formes qu'il a revêtues depuis.

L'anatomie pathologique a donc parcouru, d'après l'auteur, les mêmes phases que la médecine en général. C'est, nous devons le dire, une vraie jouissance intellectuelle, que de suivre dans le mémoire le développement et les preuves de cette proposition, savoir : que l'anatomie pathologique a successivement revêtu le caractère et comme la couleur des trois ou quatre idées mères qui, à diverses époques, ont dominé la science. L'influence de l'anatomie pathologique sur la médecine n'a donc pas été partielle, restreinte, limitée; elle ne s'est pas bornée au diagnostic, au pronostic, à la thérapeutique des maladies. Cette influence a été plus relevée, plus intime, plus générale. Les grands faits dominateurs de la science, ce qu'on nomme les systèmes, en ont aussi ressenti la puissance. L'auteur le démontre par les preuves directes et par les déductions analogiques que l'histoire a pris soin d'enregistrer, à mesure que la science organique s'est faite solidiste, humoriste, vitaliste.

De l'influence sur les systèmes, l'auteur passe à l'influence que l'anatomie pathologique a exercée sur les *méthodes.* Il fait voir, par exemple, tout ce que la méthode organique a introduit de précision dans l'investigation, dans l'exposition des phénomènes, et comment elle a si heureusement régénéré l'esprit d'observation lui-même.

Une autre loi du développement historique se pré-

sente ici, loi en vertu de laquelle, en médecine, tout fait tant soit peu large finit par se convertir en système.

Les faits à la main, l'auteur proclame cette loi dont l'anatomie pathologique et son histoire moderne fournissent tant de preuves. Il trace alors un historique de cette science, non historique de détails, toujours incomplet, toujours facile, mais un historique où les époques sont marquées par des idées dominatrices, et qui deviennent alors comme les colonnes miliaires de son histoire.

C'est ainsi que, de Bonnet à Morgagni, on cherche la cause de la mort dans les autopsies. A Morgagni, l'anatomie pathologique pénètre dans la *séméiotique*, et sert déjà à l'interprétation de la maladie. A Bichat enfin, la mort, la maladie, la santé, la vie et son mécanisme, tout se trouve expliqué par elle; tant les études sur la formation anormale des tissus répandent de clarté sur leur formation normale elle-même. Ainsi l'anatomie pathologique s'insinue, entre, pénètre successivement dans la médecine, d'abord par l'étude de la mort, plus tard par l'observation de la maladie, et de nos jours enfin par les méditations sur la vie elle-même. Pathologie, séméiologie, physiologie, elles influent toutes les sciences, les vivifie, les restaure, les lie entre elles en les rendant solidaires, et cela autant pour les vérités acquises déjà, que pour celles dont l'esprit humain fera désormais la conquête.

Mais l'époque où l'anatomie pathologique, égarée par sa propre fortune, trompée par ses prétentions exagérées allait se convertir en système, approche; c'est la doctrine de l'irritation qui la réalise.

Un grand combat s'établit, il se prolonge pendant vingt ans, et les vives discussions auxquelles il donne naissance font surgir une école toute de modération, véritable école éclectique en anatomie pathologique, et à la tête de laquelle l'auteur place MM. Cayol, Ribes, Andral, Cruveilhier et d'autres. C'est à cette école que l'on devra, dit l'auteur, d'avoir fixé les utiles acquisitions de la victoire.

Arrivé à ce point de la question, l'auteur aborde l'étude partielle des influences de la science organique sur chacune des parties de la médecine. Une remarque à faire ici, c'est le soin extrême qu'il apporte, et le rare bonheur avec lequel il arrive à formuler les faits, à les réduire en idées, à les concentrer pour n'en offrir que la pure substance, évitant ainsi les minutieux détails qui, dans une question semblable, eussent été infinis. Ce qui imprime encore à cette deuxième partie un caractère spécial, c'est que les questions y sont résolues par les mêmes principes de haute analyse qui, dans la première partie, ont servi à l'auteur d'instrument et de guide.

En pathologie générale, par exemple, c'est à l'anatomie pathologique seule que l'on doit la connaissance exacte de l'un des élémens constitutifs de la maladie, l'élément organique. De là la nécessité de cet ordre de recherches pour la solution plus ou moins satisfaisante de tous les problèmes morbides.

Dans cette partie aussi bien que dans les autres, les travaux en anatomie pathologique d'Andral, Bouillaud, Cayol, Cruveilhier, Corvisart, Dupuytren, Lobstein, Louis, Meckel, Ribes, Rochoux, Serres et d'autres, ont été tous mis à juste contribution.

Mais, comme d'un autre côté, il y a très-souvent défaut de parallélisme entre les faits qui ressortent des trois élémens constitutifs de la maladie, comme l'altération organique n'est pas toujours en rapport ni avec la lésion fonctionnelle, ni avec la perturbation dynamique, l'insuffisance de l'anatomie pathologique dans ces cas est une conséquence inévitable. De là aussi le grand nombre de problèmes à résoudre encore, de doutes à éclaircir, d'erreurs à éviter, de mystères à pénétrer en pathologie, en thérapeutique, malgré les vives lumières que l'anatomie pathologique a répandues sur toutes ces sciences. On peut juger par là comment l'auteur expose, commente, justifie, explique à la fois la *nécessité* de l'anatomie pathologique et son *insuffisance*.

Pour l'auteur, en effet, l'anatomie pathologique dans ses rapports avec la pathologie et la thérapeutique n'est souvent que la confirmation, la légitimation et l'explication des vérités pressenties ou découvertes par la médecine ancienne. L'antiquité, dit-il, est en médecine la source première de toutes les vérités sinon de toutes les découvertes; c'est ainsi que beaucoup de dogmes anciens se sont trouvés vrais, profondément vrais, même après les travaux de la médecine organique : en sorte qu'en pathologie, en thérapeutique, en physiologie, en anatomie pathologique, un grand nombre de découvertes capitales, beaucoup de vérités importantes se sont montré congénérés; et que ce que l'antiquité nous avait revelé touchant une infinité de problèmes tels que l'instabilité des causes morbides, le peu de fixité des signes, l'existence des diathèses, des crises, des constitutions, etc., tout cela a pu être dit, répété, confirmé, par les études organiques elles-mêmes.

Dirons-nous à présent que ce mémoire qui nous a tous si vivement saisis d'admiration n'est pas exempt de taches? Qui en doute? Il n'est pas un seul de ses juges qui ne lui ait reproché d'être prolixe. Cette prolixité est dans le style qui laisserait soupçonner que l'auteur n'est pas d'origine française. Elle est aussi dans les idées; l'auteur n'aura pas moins que nous senti leur importance; il aura voulu les mettre en toute saillie, en toute valeur; et il les a rendu diffuses pour avoir voulu les faire trop évidentes.

Mais la commission oublierait-elle à son tour que des limites lui sont aussi imposées même par l'attention toute bienveillante de ses collègues; et ces limites, par malheur, ne les a-t-elle pas déjà dépassées?

Concluons :

La commission a l'honneur de proposer à l'Académie :

1° D'adjuger le prix au mémoire n° 2.

2° D'accorder une mention honorable, plus la grande médaille en bronze de Portal à l'auteur du mémoire n° 1.

3° De nommer une commisson qui, après la séance publique annuelle, proposera les auteurs des mémoires numéros 1 et 2 aux places de membres correspondans de l'Académie s'ils ne le sont déjà.



4° Enfin de publier les deux mémoires numéros 1 et 2 aux frais de l'Académie et dans ses fascicules.

Paris, 26 juillet 1836.

Signé : Andral, Cornac, Ribes, Martin-Solon et Double, rapporteur.

Mémoire sur la détermination des diverses espèces de luxations de la rotule, leurs signes et leur traitement; par J.-F. Malgaigne, professeur agrégé à la Faculté de Paris, chirurgien du bureau central.

(Troisième article. — Voir le n° 28 et 30.)

IV. *Luxation incomplète en dehors.*

Nous avons vu que J.-L. Petit, le premier qui ait donné la séméiologie des luxations de la rotule, a décrit en réalité des luxations incomplètes. « Lorsqu'elle est luxée en dedans, dit-il, la cavité externe de la rotule ou celle qui recevait le condyle externe du fémur se trouve sur *le condyle* interne ; et au contraire dans la luxation en dehors, c'est la cavité interne de la rotule qui reçoit le condyle externe du fémur. » Telle est la description primitive, suivie par tous les écrivains qui n'ont fait que la compléter. Ainsi Monteggia professe que, dans la luxation incomplète externe, le bord interne de la rotule s'enfonce dans le sillon qui sépare les condyles antérieurement ; et la facette interne est appliquée contre la partie la plus interne du condyle externe jusqu'à la saillie médiane de la rotule ; la facette externe de cet os restant soulevée et regardant plus ou moins en dehors, la face antérieure tournée obliquement en avant et en dedans. Boyer n'a pas compris comment la rotule ainsi placée ne retournerait pas spontanément à sa place; et pour expliquer la fixité de la luxation, il a pensé que l'éminence verticale qui partage en deux la face postérieure de la rotule devait dépasser le bord externe de la poulie articulaire. Il a noté d'ailleurs comme un symptôme constant l'extension de la jambe.

La première objection à cette théorie résulte de la conformation de la rotule même. Comme il n'y a pas de facette interne concave, et qu'elle est remplacée par deux facettes, les rapports de la rotule avec le condyle externe ne sauraient être exactement ceux que les auteurs ont donnés. En examinant cette articulation sur le cadavre, et essayant de luxer incomplétement la rotule en dehors, on trouve : 1° que la rotule peut être poussée très-légèrement en dehors, en sorte que sa facette moyenne soit appliquée sur la partie externe de la poulie articulaire; alors ce n'est point son bord interne qui répond au centre de cette poulie, mais bien la saillie verticale qui sépare ses deux facettes internes. Nous pouvons assez facilement produire ce déplacement sur nous-mêmes, quand, la jambe étendue, nous poussons la rotule en dehors ; mais elle revient à l'instant même à sa place ; et il ne paraît pas qu'un déplacement de ce genre puisse avoir lieu d'une manière permanente.

2° En augmentant l'impulsion en dehors, on arrive à appliquer contre la partie externe de la poulie articulaire la véritable facette interne de la rotule. Mais alors sa facette moyenne fortement relevée n'est plus en contact avec le condyle ; la rotule obliquement placée regarde beaucoup plus en dedans qu'en avant par sa face antérieure, et se rapproche de la position *de champ ;* et ce qu'il y a de plus essentiel à noter, c'est que ce n'est point son bord interne qui se trouve placé entre les condyles et qui la fixe dans sa position nouvelle ; c'est son angle supérieur et interne qui, fiché dans le creux sus-condylien d'une manière plus ou moins solide, forme le principal obstacle à la réduction. Ce déplacement ne saurait avoir lieu sans déchirure de la capsule, au moins dans sa portion interne.

3° Enfin on peut placer la rotule à cheval sur le rebord externe de la poulie articulaire, comme Léveillé se la figurait dans la luxation complète ; mais jusqu'à présent aucun fait n'a démontré, sinon la possibilité, du moins l'existence d'un semblable déplacement. On lit bien dans Ravaton l'histoire d'un cavalier qui monté sur un cheval fougueux alla toucher un mur avec sa rotule droite, et chez lequel cet os « fut porté du côté externe, faisant saillie de plus de trois pouces. » Mais cette saillie énorme qui ne s'explique ni dans la luxation complète, ni dans la seconde variété de déplacement incomplet que nous venons d'examiner, est même impossible à concevoir d'aucune manière; la rotule qui n'a pas deux pouces dans son plus grand diamètre, ne saurait faire une saillie de plus de trois ; et Ravaton, en écrivant cette histoire, a certainement été trompé par ses souvenirs.

Il ne reste donc en réalité que le second mode de déplacement incomplet, l'angle interne de la rotule se trouvant fiché dans le creux sus condylien ; sa face antérieure regardant en avant et surtout en dedans, en sorte qu'on pourrait donner à ce déplacement le nom de *luxation oblique.* Je n'admets point que le bord interne de la rotule puisse se tenir dans la poulie articulaire, comme l'ont cru tous les auteurs, par ces deux raisons principales : premièrement, que la jambe serait constamment fléchie, tandis qu'elle est le plus souvent étendue; secondement, c'est que le contact de deux portions osseuses aussi lisses et polies ne saurait rendre compte des difficultés qu'on éprouve quelquefois à réduire. Si donc, dans les observations qui suivront, on trouve répétée cette idée inexacte, c'est que nous avons cru devoir, dans une question si obscure, reproduire littéralement le petit nombre de faits observés, en faisant toutes réserves contre certaines doctrines des observateurs.

Je n'ai trouvé que bien peu d'histoires détaillées de ces luxations incomplètes, que Boyer croyait plus fréquentes que les complètes. Plusieurs écrivains en parlent comme s'ils en avaient vu ; on ne peut que regretter alors qu'ils ne nous aient pas fait jouir du fruit de leur expérience ; car la science en a vraiment besoin.

Le premier cas de ce genre appartient à Jean Sue, et a été publié par P. Sue dans ses *observations sur quel-*

ques maladies des os. L'observation est d'ailleurs si incomplète et si mal rédigée, qu'aux yeux de quelques lecteurs la nature de l'affection pourra bien rester douteuse.

Obs. XII. — Le 13 septembre 1752, M. J. Sue fut appelé dans l'île St-Louis, pour y voir et visiter le fils de M. Morin. Ce jeune homme, âgé d'environ 20 ans, se plaignait de vives douleurs au genou droit, tellement qu'il était obligé de tenir toujours la jambe étendue; il ne pouvait tenter la plus légère flexion sans augmenter considérablement ses douleurs. Interrogé sur la cause de son accident, il répondit qu'en badinant avec un de ses amis, il avait fait un écart forcé de la jambe droite, et que dans le même moment il avait ressenti à l'os du genou un mouvement extraordinaire, suivi d'une extrême douleur.

Sur ce rapport, M. Sue examina la partie lésée, et distingua très-bien un renversement aux deux tiers de la rotule *de dehors en dedans*, sans aucune apparence de rupture aux ligamens qui l'attachent. Il se disposa alors à tenter la réduction de cet os. Après avoir fait coucher le malade sur un lit et assujétir sa jambe par deux aides, il poussa d'une main avec ses doigts la partie interne de la rotule vers le bord qui touchait à l'articulation du tibia avec le fémur, tandis qu'avec les doigts de l'autre main, il baissa extérieurement le bord opposé de cet os en le poussant un peu obliquement. De cette manière il réduisit facilement, et en très-peu de temps la rotule, et le malade fut entièrement soulagé. M. Sue appliqua ensuite sur la partie des compresses trempées dans l'eau de boule et soutenues par un bandage contentif. Il saigna le malade et lui ordonna le repos et un régime convenable. Par ce moyen il fut entièrement guéri au bout de 15 à 20 jours, et en état de vaquer à ses occupations ordinaires (1).

Sue a intitulé ce fait : *Observation sur un renversement aux deux tiers de la rotule droite sans rupture de ses ligamens.* Cette interprétation de la position de la rotule nous paraît démentie par le passage où il est dit que le chirurgien *baissa extérieurement le bord opposé* (le bord externe) de la rotule, *en le poussant un peu obliquement.* D'ailleurs ce renversement de la rotule, sur lequel nous reviendrons plus tard, n'est prouvé par aucun fait, et paraît à peine dans l'ordre des choses possibles. Quant à l'intégrité prétendue des ligamens, elle est appuyée sur d'aussi fortes preuves que le renversement, et l'anatomie démontre qu'elle ne saurait subsister.

Si, comme nous le croyons, c'était là un simple déplacement incomplet en dehors, ce déplacement peut donc avoir lieu par un effet musculaire. Le mécanisme n'en est pas facile à saisir; probablement tandis que le vaste externe agit pour entraîner la rotule en dehors, comme dans la luxation complète, il est arrêté par une contraction supérieure des autres muscles, et principalement du droit antérieur qui attirent la rotule en haut dans sa position oblique, et engagent son angle interne dans le creux sus-condylien. La réalité de cette cause est d'ailleurs mise hors de doute par un autre fait communiqué à l'Athénée de médecine par M. Moreau, en 1818.

Luxation incomplète par l'action musculaire (1).

Obs. XIII. — Un colonel d'artillerie voulant croiser ses jambes l'une sur l'autre, s'est luxé la rotule qui s'est trouvée placée presque de champ; une douleur très-vive s'est aussitôt manifestée; les efforts du malade ont suffi pour opérer la réduction de cette luxation. Le lendemain il y avait du gonflement qui a cédé aux moyens appropriés. Douze ans auparavant, le même accident s'était manifesté chez ce militaire.

J'ai consulté M. Moreau pour avoir d'autres détails; mais ils étaient échappés de sa mémoire. Il n'a pas même pu me dire si la luxation était en dedans ou en dehors; mais la nature de la cause qui l'a produite et la rareté des luxations incomplètes en dedans permettent de présumer qu'elle était en hehors.

Une circonstance qui frappe dans ces deux cas, est la facilité de la réduction. Cela tiendrait-il aux circonstances dans lesquelles la luxation a eu lieu? la question est plus aisée à poser qu'à résoudre, sur tout avec des faits aussi peu circonstanciés. Toutefois elle me paraît d'autant plus digne de fixer l'attention, que la même facilité s'est retrouvée dans l'observation suivante, dont je dois la communication à l'amitié de M. Robert.

Luxation par l'action musculaire; réduction facile; par M. Robert.

Obs. XIV. — Dans le courant de février 1829, une domestique âgée de 20 ans, d'une constitution lymphatico-sanguine, descendait un escalier, chargée de vaisselle, lorsqu'elle sentit tout à coup un craquement très-douloureux dans le genou droit. Elle ne tomba pas, mais la douleur l'empêcha de continuer sa marche. Je la vis le lendemain avec mon collègue et ami M. le docteur Requin.

La jambe était dans l'extension, et le moindre effort que l'on faisait pour la fléchir sur la cuisse, causait d'assez vives douleurs. La région rotulienne formait une saillie plus considérable, moins arrondie et placée plus en dehors que dans l'état normal. Malgré le gonflement qui commençait à se développer, on reconnaissait facilement que la rotule était luxée incomplétement en dehors; sa face sous-cutanée, au lieu de regarder en avant, était inclinée en dehors; son bord externe faisait une forte saillie au devant du condyle fémoral externe, sans cependant le dépasser sensiblement en dehors, ce qu'il était facile d'expliquer par la forte obliquité de la rotule. En dedans on sentait une portion de la face articu-

(1) Observations sur quelques maladies des os; par P. Sue, à suite de la clinique de Desault, par Cassius, t. 2, p. 392

(2) Bibl. méd. t. 60, p. 198.



laire antérieure du fémur; mais le gonflement empêchait d'en bien reconnaître la formation.

Le genou gauche, comparé au droit, parut dans un état de bonne et régulière conformation.

La réduction de ce déplacement fut des plus faciles. Pendant que mon confrère, saisissant le bas de la jambe, la soulevait fortement pour fléchir le membre sur le bassin, je soutenais d'une main la face interne et inférieure de la cuisse, et avec la face palmaire de l'autre, je poussais fortement la rotule de dehors en dedans. Cet os rentra avec bruit dans sa position naturelle. L'inflammation fut très-modérée, et n'exigea que de simples résolutifs pendant une quinzaine de jours.

Mon confrère M. Requin m'apprit que l'année précédente cette fille avait éprouvé une accident semblable; que la luxation, méconnue d'abord, n'avait été réduite qu'au bout de trois semaines. Pour en éviter le retour, il conseilla l'emploi d'une genouillère. Depuis lors, nous n'avons pas appris qu'il lui fût rien survenu (1).

« De prime abord, dit-il, il me parut singulier qu'un pareil déplacement eût pu s'opérer par le seul effet de la contraction musculaire, dans une articulation en apparence bien conformée, et les ligamens étant sains lorsque cette fille s'était luxé la rotule pour la première fois. Mais en réfléchissant au mécanisme de l'articulation du genou, il m'a semblé que l'on pouvait l'expliquer assez facilement. En effet, la jambe formant avec la cuisse un angle obtus saillant en dedans, le ligament rotulien qui est placé suivant l'axe de la jambe, et la résultante de l'action des muscles triceps et droit antérieur qui répond à l'axe de la cuisse, forment également un angle obtus. Pendant la contraction des muscles extenseurs, la rotule doit donc nécessairement être portée plus ou moins en dehors, suivant la résultante de ces deux lignes obliques. Une expérience bien simple, et que j'ai souvent répétée, m'a prouvé que les choses se passent ainsi. Lorsque l'on place la main sur la rotule d'un individu maigre et bien musclé, et qu'on lui fait contracter brusquement les muscles extenseurs, on sent la rotule se porter manifestement en dehors. Or, *chez quelques personnes*, j'ai trouvé ce mouvement si étendu, qu'il m'a paru hors de doute qu'une contraction musculaire instantanée et violente pût luxer la rotule en dehors. Toutefois, j'ajouterai qu'un peu d'étroitesse des condyles fémoraux ou de laxité du ligament rotulien, ou qu'une cambrure trop prononcée de la jambe, m'a plusieurs fois paru coïncider avec ce déplacement très-étendu de la rotule, dans les expériences que j'ai faites.

» Je ne pense donc pas qu'il soit nécessaire de recourir à l'ingénieuse hypothèse que vous avez proposée pour expliquer ces luxations, et d'admettre avec vous une contraction spasmodique du muscle vaste externe. Je ne serai même disposé à adopter votre explication, qu'après que vous aurez établi par des faits la possibilité des luxations de la rotule en dedans par la seule action musculaire : le vaste interne, par son volume prédominant, me paraissant plus propre que l'externe à agir sur cet os. »

Je regrette de me trouver en opposition sur ce point avec un aussi habile observateur. Mais dans une articulation bien conformée, jamais la résultante de la direction du ligament rotulien et de l'action des muscles ne s'écarte assez de la poulie articulaire pour porter la rotule en dehors du condyle externe. Ceci peut bien avoir lieu quand les ligamens sont relâchés ; c'est qu'alors la rotule est portée fort au dessus des condyles et ne trouve plus aucun obstacle qui l'empêche de glisser en dehors ; de là même la facilité des récidives. Je reviendrai d'ailleurs sur cette question en traitant des luxations spontanées.

Dans cette observation, comme dans celle de M. Moreau, il s'agit d'une récidive, ce qui laisse présumer que les ligamens étaient affaiblis dès la seconde luxation, et peut-être déjà un peu relâchés dès la première. Cette laxité présumée favoriserait-elle la luxation incomplète par l'action musculaire, et servirait-elle à expliquer aussi la facilité des réductions? Toujours est-il que, dans les observations qui nous restent à étudier et dont les détails offriront un grand intérêt sous le rapport de la symptomatologie et du traitement, la cause efficiente a toujours été un choc extérieur, et, à part un cas où les ligamens étaient relâchés, la réduction n'a été obtenue qu'avec de grandes difficultés.

Luxation incomplète produite par un choc extérieur; par Boyer.

Obs. XV. — Un jeune homme de 16 à 18 ans, d'une grande stature, fit une chute en courant dans un corridor; la partie interne du genou heurta violemment contre l'angle d'une malle, ce qui produisit une luxation incomplète de la rotule en dehors. Le chirurgien ordinaire de la maison fut appelé ; mais soit qu'il ne reconnût pas la luxation, soit qu'il ne se crût pas capable de la réduire, il ne voulut rien entreprendre sans avoir l'avis et l'assistance de Sabatier. Ce célèbre professeur fut d'abord incertain sur l'espèce de déplacement que la rotule avait éprouvé ; mais après avoir examiné les choses avec plus de soin, et réfléchi sur les phénomènes de la maladie, il reconnut sa nature et son espèce ; il tenta alors la réduction ; mais tous ses efforts ayant été inutiles, je fus appelé. Voici dans quel état étaient les choses à mon arrivée : le malade était couché sur un lit, la jambe étendue et élevée par des oreillers ; la conformation ordinaire du genou était altérée, la rotule formait une tumeur sensible en avant du bord externe de la poulie articulaire du fémur ; devant le bord interne de la même poulie, il y avait un enfoncement dans le fond duquel on pouvait sentir avec le doigt ce même bord de la poulie. La direction de la rotule était changée de manière que sa face antérieure était inclinée en dedans et son bord externe

(1) En m'envoyant cette observation intéressante, M. Robert a bien voulu y joindre quelques réflexions touchant la théorie que j'ai cru devoir admettre pour les luxations complètes ; je m'empresse de les mettre sous les yeux du lecteur.

en devant; enfin la facette articulaire externe de la rotule pouvait être reconnne au toucher à travers les tégumens qui la recouvraient. A ces signes, on ne pouvait méconnaître la luxation incomplète de la rotule en dehors. Pour la réduire. j'employai le procédé que j'ai décrit plus haut (celui de Valentin); les deux premières tentatives furent infructueuses, mais à la troisième l'os rentra dans sa place naturelle et tous les signes de la luxation disparurent; le malade put alors fléchir et étendre la jambe librement. L'articulation fut entourée de compresses trempées dans une liqueur résolutive, soutenues par un bandage roulé; le jeune homme garda le lit pendant huit jours, put ensuite se lever et marcher, et n'a pas éprouvé depuis le moindre symptôme qui puisse faire craindre une récidive.

Le symptôme sur lequel nous fixerons l'attention, est l'extension de la jambe. Boyer regardait cette extension comme constante, assertion un peu hardie pour lui qui n'avait vu qu'un seul fait. En s'éclairant des lumières de l'anatomie, on peut dire que quand le ligament rotulien n'aura que sa longueur normale, la rotule fixée au-dessus de la poulie cartilagineuse du fémur retiendra la jambe étendue; mais si ce ligament est relâché, ployé, la jambe conservera un degré de flexion qui sera toujours en proportion de cet allongement. S'il n'y a pas quelque exagération dans les termes, cette disposition était portée au plus haut degré chez une femme observée par Monteggia.

Luxation incomplète en dehors; flexion de la jambe; réduction spontanée; par Monteggia.

Obs. XVI. — La luxation était survenue par une chute sur le genou. Le bord externe de la rotule relevé faisait saillie au-devant du condyle externe, et le bord interne était enfoncé entre les condyles; la rotule dans cette position se mouvait avec un craquement assez rude sur le condyle externe durant l'exploration que je faisais, principalement quand je pressais sur la saillie du bord externe de l'os luxé; cette pression le faisait un peu céder et imprimait à la rotule comme un mouvement de bascule. Tandis que je palpais ainsi le genou pour me mettre au fait de la nature de l'accident, la malade se tenait assise et la jambe en demi-flexion. L'ayant fait ensuite deshabiller pour la mettre au lit, il arriva que, ne pouvant l'y faire porter parce qu'elle était trop lourde, elle fut obligée de s'appuyer un moment sur sa jambe, étendue et redressée, et dans ce moment elle sentit la rotule se mouvoir et retourner à sa place; et en effet, l'ayant examinée dès qu'elle fut au lit, je trouvai la réduction accomplie.

Voilà, pour les luxations de la rotule, un de ces cas de réduction spontanée qu'on a observés également dans d'autres articulations, et qui n'ont pas même donné à réfléchir aux chirurgiens qui en ont rapporté l'histoire. Tandis que dans l'observation précédente, un grand chirurgien avait échoué, un second n'avait réussi qu'après deux tentatives infructueuses; ici l'os se réduisit de lui-même sans efforts, et par un mécanisme assurément bien différent de la méthode généralement admise. Sans doute la laxité des ligamens, attestée par la flexion de la jambe, a pu aider à cet effet; mais de quelle manière? voilà ce qu'il est important d'éclaircir dans l'intérêt de l'art.

Avant d'entrer dans cette discussion, il n'est pas hors de propos de rappeler que c'était un procédé analogue qu'avaient recommandé les premiers chirurgiens qui ont parlé des luxations rotuliennes. Il faut, dit Hali-Abbas, copié par Avicenne, que le pied soit posé à plat sur le sol, et que l'on fasse la réduction. Guy de Chauliac et les Arabistes jusqu'à A. Paré, tiennent le même langage. Jean de Vigo seul s'en écarte en ce qu'il veut que le malade soit assis. Du reste, aucun fait n'a même été allégué en faveur de ces anciennes méthodes, et nous avons dit qu'on ne sait si ces auteurs ont voulu parler de luxations complètes ou incomplètes.

Lorsque la rotule est chassée de sa position par un choc violent, et qu'elle s'arrête au déplacement incomplet, il faut admettre une résistance qui l'a empêchée de se luxer parfaitement. On peut accuser à la fois la force médiocre du coup, la résistance des ligamens et la résistance des muscles. Le peu de force de la cause luxante peut toujours être alléguée, mais toujours aussi elle doit se combiner avec les autres résistances. Si la rupture de la portion interne de la capsule, observée par Sir A. Cooper, se rapporte à une luxation incomplète, ce qui est probable, la moitié externe restée intacte expliquerait pourquoi l'os ne s'est pas complétement déplacé; mais elle ne rendrait pas compte des difficultés de la réduction par la méthode ordinaire, puisque les manœuvres prescrites ne tendent qu'à relâcher ce côté de la capsule. Reste donc l'action musculaire, dernier obstacle que la cause luxante n'a pas entièrement vaincu, et seul capable de produire les difficultés qui s'opposent à la réduction.

Pour comprendre la manière dont elle agit, il faut établir d'abord que la rotule n'est chassée en dehors qu'en glissant sur la portion externe de la poulie articulaire et en se relevant fortement par son bord extérieur. Si, lorsque la portion capsulaire interne est brisée et le bord interne de l'os arrivé au niveau de la ligne moyenne du fémur, si en ce moment les muscles agissent brusquement, spasmodiquement, ils attireront la rotule en haut dans sa position oblique; son angle interne labourera ainsi le tissu adipeux qui recouvre le creux sus-condylien, et peut-être le tissu osseux lui-même qui est tout spongieux en ce point; il se creusera donc un sillon dans lequel il restera engagé comme un coin, et où la tuméfaction du tissu adipeux viendra l'affermir encore. Que l'on cherche alors à faire basculer la rotule en pressant sur son bord externe relevé, on conçoit que ces pressions sont fort peu efficaces pour dégager l'autre bord enclavé, et qu'elles peuvent même tendre à l'enfoncer davantage. Que si au contraire, par une puissance énergique et soudaine, on peut dégager l'angle rotulien de son sillon en le tirant en haut, par

semple, où le creux condylien cesse, où commence la diaphyse du fémur formée de tissu compacte et offrant une surface arrondie, cet angle ne trouvant plus de point d'appui glissera du côté où il incline davantage, et cette bascule aura pour effet une réduction immédiate. C'est ainsi que s'explique pour nous la réduction spontanée de la luxation de Monteggia; la laxité du ligament rotulien permettait à l'os de remonter plus haut que le creux sus-condylien dans l'extension complète de la jambe; et cette extension a eu lieu en effet hors de la réduction, ainsi que le prouvent les détails de l'observation même.

Mais si cette théorie est juste, c'est en vain qu'on tentera l'extension de la jambe chez les sujets à ligamens fermes; et il faut recourir à d'autres moyens de réduction. Aussi avons nous vu, malgré cette extension, Sabatier et Boyer éprouver les plus grandes difficultés; et dans l'observation suivante, la méthode de Valentin a même absolument échoué. Quelle ressource y a-t-il alors? tenter le moyen le plus opposé en apparence, et en réalité celui qui mène au même but; fléchir fortement et brusquement la jambe, afin d'attirer la rotule *sur la poulie* cartilagineuse, qui, offrant un plan solide, arrondi, glissant, ne lui permettra pas de garder l'équilibre dans sa position oblique, et la forcera, l'action des muscles aidant, à basculer et à reprendre sa direction normale. Ce moyen avait déjà été employé avec succès dès 1822 pour une luxation verticale de la rotule, déplacement qui, comme nous le verrons, a la plus grande analogie avec celui dont nous nous occupons; mais le fait était demeuré isolé, sans généralisation; et c'est à M. Herbert Mayo que l'on doit d'en avoir fait une méthode raisonnée.

Le fait remarquable de M. Mayo avait été publié dans le n° 50 du *London medical Gazette*, novembre 1828, analysé dans le *Medico-chirurgical Rewiew* en 1829, et traduit peu après dans le *Journal des progrès*, tome 18, page 38. Soit que l'analyse anglaise ait été mal faite, soit que le traducteur ait mal rendu le texte, et probablement par ces deux causes réunies, il est fort difficile de comprendre la portée de l'observation dans la traduction française. Après avoir fait de vaines recherches à Paris pour trouver les journaux anglais cités, en désespoir de cause, j'ai écrit à M. Mayo, qui a mis à me répondre une obligeance dont je ne saurais trop me louer. Voici la traduction de l'observation qu'il m'a fait l'honneur de m'adresser.

Luxation incomplète en dehors; réduction par un nouveau procédé; par M. Herbert-Mayo.

Obs. XVII. — Une compagnie du deuxième régiment des gardes était à l'exercice à l'école de cavalerie des baraques dans le Regent's-Park. Deux lignes opposées marchaient l'une contre l'autre, et les chevaux étaient au pas, lorsqu'à l'instant où les colonnes se croisaient, un soldat piquant des deux lança vivement son cheval en avant, et heurta de son genou gauche le genou droit du soldat qui se trouvait vis-à-vis. Ce dernier ne put continuer l'exercice, on le descendit de cheval, non sans de vives douleurs; et on trouva que la rotule était luxée.

La rotule reposait par son bord interne sur le condyle externe; sa face antérieure était dirigée obliquement en avant et en dedans. Il n'y avait aucune tension des muscles de la cuisse; toute tentative pour fléchir le genou développait de la douleur. M. Broughton, chirurgien du régiment, essaya de réduire la luxation par les procédés ordinaires, et n'ayant pu y réussir, il m'appela en consultation. Environ trois heures s'étaient écoulées depuis l'accident, lorsque nous vîmes le malade ensemble.

Nous fîmes des tentatives variées pour replacer la rotule. Le procédé sur lequel je comptais le plus était le suivant: Le genou étant demi-fléchi, avec la paume de la main droite je poussais le bord externe et saillant de la rotule en arrière, de manière à diminuer l'obliquité de la direction de sa face antérieure; alors, à un signal donné, les aides étendaient brusquement le genou, et au moment de l'extension, profitant du relâchement complet de toutes les parties, je m'efforçais de repousser la rotule dans sa place. Mais ce moyen, tenté deux fois, ne réussit point.

Surpris des difficultés que je rencontrais, j'invitai M. Broughton à m'accompagner à mon amphithéâtre, pour pouvoir examiner sur un membre disséqué la nature des obstacles qui s'opposaient à la réduction. Un simple coup d'œil me fit voir la cause de nos insuccès, et le moyen de la surmonter. Je vis que le bord gauche de la rotule était couché dans une gouttière ou sillon situé parallèlement et en arrière du bord du cartilage du condyle externe, et de l'importance de laquelle je ne m'étais point douté jusque là. Cette gouttière est d'une profondeur variable; chez les sujets qui ont les os épais, comme était notre malade, il est probable que cette gouttière est très-profonde, et il était aisé de comprendre, dans cette hypothèse, l'impossibilité, par des pressions exercées sur la rotule, de dégager cet os retenu en bas comme il l'était nécessairement, et pressé dans la gouttière par les ligamens qui n'étaient point déchirés et par les tégumens. En même temps, il était évident que si le genou pouvait être plié jusqu'à l'extrême flexion, la rotule suivrait nécessairement le tibia, le ligament rotulien étant dans toute son intégrité; et non moins évident que la rotule serait ainsi tirée verticalement hors de la gouttière et dépasserait ses limites; alors on pouvait espérer qu'elle serait ramenée dans sa position normale, et la luxation réduite, par l'action du quadriceps fémoral.

Nous retournâmes près de notre patient; et nous eûmes la satisfaction d'éprouver à l'instant l'efficacité de cette méthode. Le genou du soldat ne fut pas plutôt porté dans la flexion complète, que la rotule retourna dans sa place avec un bruit sensible à l'oreille.

Je retrouvai donc dans cette observation, confirmée par l'expérience et soutenue par une théorie analogue à la mienne, les vues auxquelles l'anatomie chirurgicale m'avait conduit. La date reculée de la publication de

M. Mayo (1828) lui laisse d'ailleurs toute priorité; mais ce qui est bien remarquable et ce qui malheureusement se présente trop souvent dans notre art, c'est que ces idées aient trouvé si peu d'échos qu'elles soient restées à peu près complétement oubliées, je ne dirai pas en France, où l'on ne s'occupait guère il y a huit ans de la chirurgie étrangère, mais en Angleterre même, où on ne les rencontre dans aucun des ouvrages de chirurgie publiés depuis.

M. Mayo écrivant de mémoire, a d'ailleurs oublié quelques détails que nous reproduirons d'après le *Journal des progrès*. Le malade tenait la jambe dans l'extension; et dans cette position il ne ressentait aucune douleur. On pouvait faire mouvoir légèrement la rotule luxée. Pour la réduction on avait tenté de repousser la rotule en place, soit en mettant la jambe dans l'extension, soit en la fléchissant, avant d'essayer la flexion et l'extension successives; la demi-flexion causait de vives douleurs, et en outre elle donnait lieu à ce phénomène bien remarquable, que la rotule se présentait non plus obliquement, mais bien directement en avant. Enfin, dans le dernier essai qui réussit, on avait fait coucher le malade sur son côté gauche, et son genou droit avait été saisi par un de ses camarades qui, à un signal donné, porta subitement le talon derrière la cuisse, de manière à faire arriver la jambe au plus haut degré de flexion.

En comparant ce fait avec celui de Monteggia, on voit qu'en effet ce n'est point la capsule qui s'oppose à la réduction, puisque, rompue ou non du côté externe, elle permettait à l'os de vaciller; ni les muscles, puisque dans leur plus grand relâchement la luxation résistait, et qu'elle a cédé dans leur tension la plus forte. Il ne reste donc que l'enclavement de l'angle interne de la rotule, ainsi que je l'ai indiqué tout à l'heure.

J'insiste sur ce point, parce que là est également toute la théorie de cette autre espèce de luxation qui nous restera à étudier sous le nom de *luxations de champ* ou *verticales*. Ce ne sont, à vrai dire, que des luxations incomplètes, dans lesquelles l'action musculaire plus énergique a plus profondément engagé la rotule dans le creux sous-condylien, et a ainsi accru les difficultés de la réduction. L'observation de M. Mayo vient confirmer cette vue, puisqu'en tiraillant les muscles par la flexion de la jambe, on transformait momentanément la luxation oblique en une luxation de champ. Ce sont deux degrés d'un même déplacement; et ce n'est même que dans l'histoire des luxations de champ que nous trouverons des faits suffisans pour compléter l'article du traitement des luxations rotuliennes incomplètes; j'ai cru cependant devoir les étudier à part, à cause de la différence que les auteurs ont établie entre elles, et parce que, sous le rapport de leur fréquence comparative, elles offrent un contraste auquel on ne s'attendrait guère et qu'il sera curieux de constater.

V. *Luxation incomplète en dedans.*

La luxation incomplète en dedans est partout décrite avec autant de complaisance que la luxation complète; calquée d'ailleurs sur la luxation incomplète en dehors, on n'a pas manqué d'appliquer ainsi la facette externe de la rotule contre la portion interne de la poulie articulaire. Ici le contresens anatomique est encore plus grand; en effet, comme le cartilage articulaire monte bien moins que du côté externe, dans l'extension complète la presque totalité de la rotule s'élève à un niveau supérieur, et dans la luxation incomplète en dedans, la facette externe de cet os ne s'appliquerait que sur le corps du fémur même ou sur le rebord interne du creux sus-condylien.

Une conséquence naturelle de ce premier fait, c'est que la rotule luxée en dedans devrait avoir son bord interne bien moins relevé que dans la luxation oblique en dehors. Une autre disposition concourrait au même effet; la facette externe est unique et s'appliquerait par toute sa surface sur le fémur, tandis que de l'autre côté la facette moyenne reste écartée du condyle. En figurant ce déplacement sur le cadavre, c'est à peine en effet si la rotule se relève en dedans jusqu'à former un angle de 45 dégrés avec l'horizon; et cette inclinaison tient en grande partie à celle de son ligament inférieur appliqué sur la portion interne de la poulie fémorale.

Avec cette médiocre inclinaison, l'angle externe de la rotule ne tombe-t-il pas trop obliquement sur le creux sus-condylien pour pouvoir s'y creuser un sillon? On est tenté de le croire quand on considère la rareté de ces luxations incomplètes. Je n'en ai pu rencontrer un seul exemple nulle part; aucun des chirurgiens que j'ai consultés n'en a vu. Cette luxation n'existerait-elle que dans l'imagination de ceux qui l'ont décrite? Le fait unique qu'on va lire semble toutefois attester sa réalité. J'avais prié M. Baumès, chirurgien en chef de l'hospice de l'Antiquaille à Lyon, de me recueillir quelques renseignemens sur cette matière à Londres, où il fit en 1835 un voyage scientifique. C'est à son amitié que je dois la communication suivante:

« Je vous avais promis de chercher dans mes notes le fait relatif à la luxation de la rotule. Je l'ai trouvé; le voici en très-peu de mots, mais très-fidèlement, tel que je l'écrivis à la hâte, au milieu de beaucoup de choses qui m'occupaient. M. Key, chirurgien de l'hôpital Guy, m'a dit que je pouvais en faire usage.

» Il y a à peu près un an, une femme de 25 à 30 ans tomba d'un peu haut sur ses pieds; près du terme de sa chute elle fit un violent effort pour se redresser, et donna en même temps du genou droit contre un mur latéral. Aussitôt douleur très-forte dans cette partie, impossibilité de marcher; on conduit la malade à l'hôpital Guy. M. Key n'y était pas dans ce moment. L'interne (*house-surgeon*) en qui il témoigne une très-grande confiance, reconnaît une luxation de la rotule en dedans; il la réduit sans grande difficulté. M. Key ne vit la malade qu'après la réduction.

» Cependant arrivent un engorgement inflammatoire, de la suppuration, de la fièvre, et la mort au bout de 25 à 30 jours. M. Key fit l'autopsie et trouva une déchi-



ture assez considérable de la partie du tendon du vaste interne qui s'attache en haut et en dehors de la rotule, ainsi que de la capsule du même côté. Il s'assura que c'était bien une vraie déchirure, et non pas une lésion qu'on pût attribuer à l'inflammation et à ses suites. »

De quelle espèce était maintenant cette luxation? Etait-elle complète, et serait-ce un exemple à ajouter à celui de Walter? La déchirure de la capsule d'un seul côté m'incline fortement à en douter. Etait-ce une luxation incomplète et oblique, fait unique jusqu'à présent dans la science? Ou bien enfin était-ce une luxation de champ, comme celles qui nous restent à décrire? J'aurais écrit à M. Key pour m'en éclaircir, s'il avait été témoin de la luxation par lui-même. On ne peut que regretter la négligence par laquelle de telles observations se perdent; et ce travail, en montrant à cet égard la pénurie de la science, aura peut-être pour résultat d'engager les praticiens à recueillir avec plus de soin des faits dont ils sauront mieux tout le prix.

37. — 10 Sept.

Recherches sur une espèce particulière d'angine observée récemment dans quelques localités du Wurtemberg; par les docteurs De Ludwig à Stuttgard, Theurer dans le cercle de Plieningue, Bosch à Braunsbach, Hering à Mergentheim et Leube à Tübingen (Extr. des numéros 4, 5, 9; 15 et 22 du vol. 6, année 1836, du Journal de Stuttgard.)

Cette espèce particulière d'angine a été, sinon observée, du moins décrite pour la première fois par M. le docteur De Ludwig de Stuttgard; voici le tableau qu'il en trace:

La maladie débute par des symptômes d'une angine rhumatismale, ou plutôt de nature érysipélateuse: léger mouvement fébrile entremêlé de frissons, douleurs de tiraillement à la tête, faiblesse, anorexie, langue légèrement chargée, difficulté de la déglutition à peine sensible, ou paraissant même manquer quelquefois; bientôt il se développe des deux côtés et le plus souvent d'un côté du cou seulement, une tumeur dure qui a son siége primitif dans le tissu cellulaire qui environne la glande sous-maxillaire, plus rarement dans celui qui entoure les glandes parotide et sublingale. Cette tumeur, formée de tissu cellulaire endurci, envahit peu à peu le tissu cellulaire environnant, s'étend d'abord autour du cou, dessous la mâchoire inférieure jusqu'au menton, et passe même du côté opposé et descend par-dessus le larynx; il n'est pas rare aussi de la voir se propager en arrière par-dessus la parotide: elle forme ainsi une grosseur fortement convexe et faisant saillie par-dessus la mâchoire inférieure; tout le tissu cellulaire qui enveloppe et sépare les muscles du cou depuis le larynx jusqu'à la cavité buccale, et plus tard ces muscles eux-mêmes se trouvent compris dans l'espèce de dégénérescence qui constitue cette tuméfaction. De cette manière la langue repose pour ainsi dire sur un plancher dur et d'un rouge très-vif. Ce plancher est circonscrit antérieurement par un rebord élevé, dur, calleux, qui longe le bord interne de l'os maxillaire inférieur; le malade n'entr'ouvre la bouche qu'avec peine et difficulté; la langue est poussée en haut et en arrière; la parole s'articule difficilement, et la voix, soit par la pression de la tumeur sur le larynx, soit à cause de l'altération des muscles qui vont à cet organe, est rauque, basse et a pris un son guttural.

La dysphagie a augmenté en raison sans doute de l'accroissement et de la plus grande pression de la tumeur; car on n'observe de gonflement inflammatoire du pharynx qu'au début ou à la fin de la maladie, et peut-être alors à la suite de l'emploi des mercuriaux. Cependant la maladie continue à faire des progrès, il se sécrète dans le pharynx une quantité abondante de mucosités que le malade a de la peine à rendre. Il est à remarquer que, du moins dans les premiers temps, la peau recouvrant la tumeur n'est ni rouge ni altérée, et qu'elle conserve un degré de mobilité qui est en raison du plus ou moins d'extension qu'a prise la grosseur; d'où il ressort que le tissu dermoïde et le tissu cellulaire situés immédiatement au-dessous de ce dernier ne participent point à l'induration des autres tissus. Pendant ces premiers symptômes jusqu'au quatrième ou sixième jour, la réaction générale n'est guère prononcée: fièvre modérée, état des forces et sensibilité peu altérés, sommeil et appétit ne manquant pas entièrement, soif légère; les autres fonctions de sécrétion et d'excrétion dans un état assez satisfaisant. Mais avec les progrès du mal, la peau commence à rougir çà et là, et il n'est pas rare de voir se former des exsudations de lymphe plastique dans l'intérieur de la bouche, exsudations qui parfois se font déjà à une époque moins avancée. La tumeur se ramollit au-dessous de la langue, comme s'il s'était formé sous la muqueuse un épanchement de sérosité à demi-coagulé. A l'extérieur aussi on commence à remarquer quelques points ramollis qui offrent au doigt la sensation de gaz développés sous la peau; d'autres points de la tumeur sont élevés et présentent comme de la fluctuation; d'un instant à l'autre on peut croire qu'il va s'ouvrir là un abcès; mais ce phénomène n'est pas de longue durée; pendant quelque temps la fluctuation reste au même degré pour rétrograder bientôt après. Au milieu de ces phénomènes, il se forme ordinairement dans la cavité buccale, soit en arrière et vers la base de la langue, soit plus en avant et près du bord interne de l'os maxillaire inférieur, une ouverture qui verse un liquide ténu, grisâtre ou rouge-jaunâtre, prenant de plus en plus les caractères d'une sanie gangréneuse. Maintenant, ou quelquefois avant ce travail de dégénérescence gangréneuse de la tumeur, se montrent avec plus d'intensité les symptômes d'une réaction générale; la fièvre augmente et est marquée par des exacerbations qui reviennent ordinairement le matin; l'urine dépose un fort sédiment, les sueurs deviennent profuses, le sommeil est souvent interrompu et agité par des rêves effrayans et des secousses de tout le corps; il existe un léger délire.

La diminution de la tension de la tumeur et des parties environnantes qui survient dans ce moment, pourrait faire croire à un commencement de résolution de cette dernière et d'amélioration des symptômes généraux. Mais ce serait là une erreur; la difficulté de la déglutition persiste, et il survient des accès d'anxiété à intervalles plus ou moins longs. Ces angoisses qui vont en augmentant, coïncidant avec la diminution de la tumeur, ne dépendent point d'un resserrement mécanique des voies respiratoires, mais d'une atteinte plus profonde du système nerveux, et peut-être d'un épanchement dans la cavité thoracique. Arrivés à ce degré de développement, ces symptômes suivent une marche rapidement ascendante et la fièvre revêt entièrement la forme typhoïde, et au bout de 4 à 5 jours, du 10e au 12e jour à partir du début de la maladie, les individus succombent dans un état comateux avec tous les symptômes d'une paralysie pulmonaire.

Telle est la marche générale de cette funeste maladie; nous ferons connaître par quelques exemples individuels que nous donnerons plus bas, les variétés et nuances qui peuvent exister tant sous le rapport du moment de l'invasion de la fièvre, que sous celui du point de départ et du dégré d'intensité des symptômes locaux.

Dans les cas où l'autopsie a pu être faite, on a trouvé dans un la peau et le tissu cellulaire sous-cutané intacts, nullement adhérens à la tumeur dont ils étaient plutôt séparés par une couche de sérosité épanchée; par contre le tissu cellulaire situé sous le premier et interposé entre les différentes glandes salivaires et cervicales et les muscles du cou, était sphacélé, d'un noir grisâtre, d'une texture lâche et peu cohérente, imprégné de bulles d'air et d'un liquide ichoreux, moitié verdâtre et moitié brun-grisâtre. En quelques endroits il existait des cavités ulcéreuses, dont les parois formées par une masse musculaire gangrénée et à moitié détruite contenaient une certaine quantité de ce même fluide sanieux, ressemblant à de la levure de bière et mêlé à du sang. La plupart des muscles et principalement les couches profondes comprises dans la tumeur présentaient un tissu également altéré, plus compacte et rouge, ressemblant assez bien à la substance d'un foie d'une couleur foncée; les glandes salivaires offraient dans leurs parties comprises dans la tumeur, un tissu plus rouge mais peu altéré. Dans un autre cas, la tumeur avait subi un moindre degré de décomposition putride; elle était au contraire plus dure; le liquide qui y était contenu était plus épais et plus rouge; toutes les parties solides, glandes, muscles, tissu cellulaire formant la tumeur, ressemblaient assez à une masse homogène voisine de l'état de ramollissement. Dans un troisième cas où les symptômes de la maladie avaient été très-prononcés, le périoste s'était détaché de l'os maxillaire inférieur à son bord interne, à un point où la tumeur s'était abcédée dans la bouche; l'os lui-même était altéré; la membrane muqueuse tapissant tous les organes des cavités buccale et pharyngienne et jusqu'à la trachée-artère n'était que peu ou point rouge, médiocrement boursoufflée; la trachée-artère contenait une abondante quantité d'un mucus blanchâtre entremêlé de quelques tissus rares d'une teinte rougeâtre; les portions des nerfs vague et récurrent compris dans la tumeur présentaient une lésion non-seulement de leur névrilemme, mais encore de leur propre substance.

Voici ce que le docteur de Ludwig dit des premiers essais thérapeutiques auxquels il a pris une part plus ou moins active: il s'agit toujours des trois cas dont nous venons de donner l'histoire anatomique.

Chez tous les trois malades, l'affection avait déjà parcouru le tiers de sa durée, lorsque l'auteur fut appelé. On eut d'abord recours aux saignées générales et locales, aux topiques émolliens, à l'emploi du mercure à l'extérieur et à l'intérieur, aux sinapismes et autres moyens vésicans. Dans une période plus avancée, on administra à l'intérieur des médicamens apéritifs, diaphorétiques ou diurétiques; enfin, dans la période de putrescence, on mit en usage les excitans généraux et les différens moyens vantés comme antiseptiques, ayant égard toutefois à l'état des organes de la tête et de la poitrine. Sous l'influence de cette sorte de médication, le mal, malgré quelque apparence d'une amélioration passagère, n'en continuait pas moins sa marche, et en effet, les trois malades dont il est ici question succombèrent au milieu des symptômes indiqués plus haut. Nous verrons plus bas avec quel bonheur le docteur de Ludwig, éclairé par l'expérience, est parvenu à modifier son traitement.

Quelle est maintenant la nature de cette maladie? On ne saurait encore aujourd'hui, que les causes sont peu connues et l'étude de ses symptômes peu avancée, la déterminer d'une manière certaine. Néanmoins le médecin de Stuttgard croit pouvoir supposer qu'elle tient de la nature de l'érysipèle qui, soit par des influences épidémiques, soit par des écarts de régime de la part des malades, ne pouvant se faire jour à la périphérie du corps, son siége ordinaire, gagne des parties situées profondément, qui, peu habituées à ce genre d'inflammation, passent facilement à l'état d'induration et par suite, à celui de gangrène; il existe plus, selon le docteur Ludwig, une disposition du système nerveux qui favorise cette dégénérescence putride.

Quoi qu'il en soit de cette explication, que l'auteur ne donne que comme une simple hypothèse ne reposant encore que sur des données peu certaines, cette maladie n'en paraît pas moins à M. Ludwig devoir être distinguée, tant sous le rapport de sa nature, que sous le point de vue diagnostic et curatif, d'autres affections qui ont avec elle quelque ressemblance par leurs phénomènes extérieurs.

M. Ludwig n'a trouvé cette espèce d'angine décrite nulle part, si l'on a égard à l'ensemble des symptômes, à la marche de la maladie, et si l'on ne considère pas isolément tel phénomène ou tel accident qui peut se rencontrer également dans d'autres angines d'un caractère différent.

L'angine décrite ici par M. de Ludwig, se distingue de l'angine gangréneuse proprement dite, en ce que dans cette dernière les ravages de la gangrène sont très-étendus et n'occupent pas seulement le pharynx, le palais,

mais encore dans les cas plus graves, embrassent toute la muqueuse depuis le larynx jusqu'au sommet de la langue, tandis que dans la première il n'existe aucunes traces de gangrène à la surface de la muqueuse bucco-pharyngienne ; un autre signe distinctif de ces deux maladies, c'est que la tumeur cervicale extérieure qu'on observe assez fréquemment aussi dans l'angine gangréneuse est œdémateuse, tandis qu'elle ne l'est pas dans l'angine du Wurtemberg. Cette dernière diffère de toutes les angines avec inflammation idiopathique ou sympathique des glandes, en ce que celles-ci sont peu ou point affectées, tandis que le tissu cellulaire qui les environne et qui entoure les muscles depuis le larynx jusqu'à la langue, se trouve altéré.

La maladie de Ludwig se distingue enfin du pseudo-érysipèle avec lequel elle a peut-être le plus de rapports, par l'absence de toute altération de la peau dans les commencemens, par la dureté particulière du tissu cellulaire, sa prompte modification et la marche aiguë des symptômes.

Malgré ces caractères, une erreur de diagnostic peut être très-facilement commise; cependant, comme il est important de reconnaître cette espèce particulière d'angine dès son début, afin de pouvoir la combattre avec efficacité, l'auteur a cherché à établir les signes diagnostiques les plus importans et les plus certains ; ce sont :

1° Une inflammation légère de la muqueuse pharyngienne qui disparaît même dès les premiers jours, ou qui, lorsqu'elle persiste, reste toujours superficielle.

2° Une dureté particulière presque osseuse de la tumeur, qui ne conserve point l'impression digitale.

3° Un rebord calleux rouge foncé, parfois bleuâtre, livide, que nous avons vu contourner le bord interne de l'os maxillaire inférieur.

4° Le développement uniformément progressif de la tumeur située au-dessous de la langue, qui, lorsqu'on l'observe dès le principe, montre un contour ayant la dureté de la pierre, touchant immédiatement à du tissu cellulaire encore libre.

5° L'intégrité ou l'affection légère des glandes, tandis que tout le tissu cellulaire qui les environne se trouve altéré.

Voyant les insuccès qui avaient suivi le mode de traitement suivi dans les premiers cas et que nous avons décrit, l'auteur, d'après ses vues théoriques sur la nature de la maladie, a pensé qu'au lieu de favoriser la tendance du travail morbide vers les parties inférieures, il fallait plutôt le rappeler à la périphérie du corps, en un mot, opérer une dérivation extérieure. Il a donc commencé par proscrire les mercuriaux, afin d'éviter d'une part l'irritation des glandes et de la muqueuse pharyngienne, et de l'autre l'altération des humeurs, si facile sous l'action de ce médicament. Il a ensuite établi les indications suivantes :

1° Opérer une dérivation aussi prompte et aussi énergique que possible à la surface même de la tumeur.

2° Combattre l'inflammation par des émissions sanguines locales.

3° Eu égard à la nature érysipélateuse du mal, administrer à l'intérieur les résolutifs les plus efficaces, tels que émétique, ipécacuanha, vin d'antimoine, purgatifs, etc. ; employer, en un mot, une méthode perturbatrice des plus énergiques.

L'observation suivante, outre le mérite qu'elle a de présenter un tableau extrêmement fidèle de la maladie, nous montre de plus le traitement dont nous venons d'établir les bases, suivi d'un plein succès.

Observation du docteur Ludwig.

Obs. I. — Mme N., d'une bonne constitution et d'une santé jusqu'alors toujours florissante, eut, vers la fin de décembre 1835, à la région cervicale gauche, près de la glande sous-maxillaire, une tumeur qui, au bout de quatre jours, avait atteint le volume d'un œuf de poule. Elle était très-dure, à bords tranchés, médiocrement sensible au toucher, immobile et comme adhérente au bord de la mâchoire. La peau qui la recouvrait n'était point rouge. La malade attribuait le développement de cette grosseur à des refroidissemens répétés.

Le lendemain (cinquième jour de la maladie), la tumeur, qui avait été frictionnée avec un onguent composé de liniment volatil et d'onguent mercuriel, au lieu de diminuer, s'était au contraire étendue en arrière jusqu'à l'angle de la mâchoire inférieure, et en bas jusqu'au bord de l'os hyoïde; elle était devenue plus saillante. L'ouverture de la bouche était un peu gênée. Le docteur Ludwig reconnut bientôt, non sans quelque crainte, la véritable nature du mal; il conseilla aussitôt à la malade de garder le lit, quoique rien dans son état général n'indiquât encore la gravité de la maladie, et que le pouls fût à peine excité. Il fit appliquer six sangsues sur la tumeur, qu'on recouvrit ensuite de sachets de son échauffé; à l'intérieur il recommanda l'esprit de Mindérerus par cuillerée à café dans une infusion de tilleul.

Le sixième jour, la tumeur, dont les bords sont toujours durs et tranchés, s'avance vers le menton; la muqueuse pharyngienne présente une tumeur érysipélateuse; la déglutition est difficile; la paroi inférieure de la bouche se gonfle, devient rouge, et présente tout le long du bord interne de l'os maxillaire inférieur ce gonflement et cette dureté caractéristiques dont nous avons parlé dans la description générale. Fièvre intense, soif, enduit blanc-jaunâtre de la langue; sueur; urine et selles naturelles. (Application d'une chaleur sèche sur la tumeur; vésicatoire à la nuque; eau de guimauve miellée pour gargarisme; à l'intérieur, tartre émétique, acétate de potasse et vin d'antimoine dans une infusion de camomille.)

Du septième au neuvième jour, le mal local s'accroît dans toutes les directions; la tumeur s'étend à gauche jusqu'à la glande parotide, à droite jusqu'au-delà de la sous-maxillaire de ce côté, sans que ces organes eux-mêmes soient tuméfiés. En bas, elle dépasse le larynx qu'on ne retrouve plus, et elle fait en dehors une saillie très-considérable. La paroi inférieure de la bouche est d'un rouge foncé, et le bourrelet calleux qui con-

tourne intérieurement l'os maxillaire inférieur, a repoussé la langue en haut et en arrière; celle-ci se meut avec peine dans la cavité buccale. La difficulté de la déglutition a augmenté; la voix est altérée et a un son croupal; l'ouverture de la bouche permet à peine l'introduction d'un doigt. A partir du septième jour, les signes d'inflammation de la muqueuse pharyngienne avaient presque entièrement cessé; mais il s'était formé une sécrétion abondante de mucus dans le gosier. Fièvre vive, continue : sommeil souvent interrompu; rêves effrayans; parfois soubresauts des tendons; face rouge, yeux saillans, soif intense; les vomissemens qui avaient suivi l'administration de l'émétique ont cessé. Des frictions faites avec deux parties d'huile de croton tiglium et une partie d'huile d'amandes douces, ainsi que des cataplasmes irritans, ont produit sur la tumeur et dans les parties environnantes un érythème très-intense et très-douloureux, ainsi qu'une éruption de forme militaire. Comme la tumeur menace de passer à l'état de gangrène, on applique 15 sangsues et un cataplasme émollient; on augmente la suppuration du vésicatoire à la nuque, et on place sur le milieu de la tumeur un morceau de pierre infernale de la grandeur d'une pièce de 5 sous. A l'intérieur, on administre le tartre stibié associé à l'ipécacuanha; et après l'effet du vomitif, une mixture composée de la potion de Rivière, de vin d'antimoine et de manne, dans une décoction de valériane.

Dixième jour. Vomissemens abondans et plusieurs selles bilieuses suivies d'un sentiment de repos et de bien-être; fièvre et soif diminuées; langue moins blanchâtre. Le caustique a produit une large escarre; l'éruption produite par l'huile de croton est des plus vives; le mal local n'a point augmenté; il y a même moins de difficulté dans la déglutition. (Mixture et cataplasme comme les jours précédens).

A partir de ce jour, la tumeur et la fièvre vont toujours en diminuant, quoique avec lenteur; d'abord le muscle sterno-cléido-mastoïdien, puis le larynx, commencent à se dégager; la bouche s'ouvre plus facilement, la rougeur de sa paroi inférieure diminue; le rebord calleux le long du côté interne de la mâchoire inférieure se ramollit de derrière en avant; la langue devient plus libre, la parole plus facile; plus tard la tumeur a entièrement quitté le côté droit du cou, et ne s'étend plus qu'au menton; on observe qu'elle suit, en diminuant, la même marche que dans son développement. La résolution se fait graduellement et d'une manière égale dans toute l'étendue de sa circonférence, de manière que partout ses bords durs et tranchsé restent en contact immédiat avec les portions déjà revenues à leur état naturel. On peut remarquer ici encore que ce ne sont pas les glandes sous-maxillaire et sub-linguale, mais bien leur tissu cellulaire environnant qui avait été altéré. La dureté de la bouche se dissipe de la même manière; l'exanthème diminue. On fait suppurer la plaie produite par la chute de l'escarre sur la tumeur même, et on donne à l'intérieur alternativement le tartre stibié à dose réfractée et une poudre de rhubarbe, de sel ammoniac et de soufre doré d'antimoine; diète sévère, régime chaud. Les cataplasmes sont encore continués pendant quelques jours, puis on les remplace par des sachets chauds. La tumeur, revenue à sa grosseur primitive, ne se dissipe que lentement et d'une manière graduelle et presque insensible. Trois semaines après le commencement de la maladie, alors que madame N. avait déjà repris toutes ses forces, il existait encore quelques derniers vestiges de la tumeur, qui n'auront pas tardé à disparaître.

La lecture de cette observation peut donner une idée très-juste de la marche et de l'intensité des symptômes qui caractérisent l'angine décrite par Ludwig. Nous ne ferons donc que mentionner les observations rapportées par les docteurs Theurer, Bosch et Hœring dans les numéros 5, 9 et 15 du même journal; leur description est entièrement conforme à celle donnée par le médecin de Stuttgard. Des deux malade de M. Theurer, l'un succomba et l'autre fut sauvé, probablement, ajoute ce médecin, par l'action prompte et énergique de toniques irritans appliqués à la surface de la tumeur, détournant ainsi des parties internes le travail morbide et le fixant au dehors par une dérivation salutaire.

Les trois faits décrits par M. Bosch le sont si incomplétement, et la maladie dans deux de ces cas a cédé si facilement à de simples résolutifs et émolliens, que nous ne savons si on doit les rapporter à l'espèce d'angine que nous décrivons ici. Nous retrouvons encore moins cette maladie dans une observation de *parotide gangréneuse*, qui a accompagné une cardite séreuse terminée par la mort, insérée dans le numéro 5 par le docteur Hofer. En effet, dans ce cas, ce n'est pas seulement le tissu cellulaire, mais toutes les glandes qui sont affectées; la peau est dès le principe altérée, il n'est pas parlé non plus de l'inflammation superficielle du pharynx ni du rebord calleux le long du côté interne de la mâchoire inférieure, enfin on n'y retrouve aucun des caractères décrits par M. Ludwig.

Deux des malades observés par le docteur Hœring ont guéri, un troisième, un enfant de deux ans, a succombé: le médecin n'avait été appelé que quelques heures avant sa mort. M. Hœring attribue les deux guérisons qu'il a obtenues à l'emploi des sangsues, aux vomitifs et à l'irritation externe de la peau à l'endroit même de la tumeur; il se loue surtout des topiques irritans qui produisent sur une grande surface cutanée non-seulement une inflammation érysipélateuse, mais encore des petits ulcères d'où résulte une dérivation prompte et très-efficace: il croit pouvoir donner le conseil de recourir, dans ce but, dans un cas urgent, même à l'emploi du cautère actuel.

Ce mode de traitement est, comme on voit, entièrement conforme à celui proposé par le docteur Ludwig, qui l'a depuis employé avec un égal succès chez une jeune fille âgée de 16 ans, affectée de cette espèce d'angine au plus haut degré. Il a réussi de même au docteur Leube de Tübingen, dans un cas analogue dont nous donnons ici la description faite avec un véritable talent d'observation, et que l'on pourra comparer avec fruit à celle tracée par le docteur Ludwig.

Observation du docteur Leube.

Obs. II. — R. F., âgée de 28 ans, servante, irrégulièrement menstruée, mais du reste d'une bonne santé, après quelques jours de lassitude, de malaise, de douleurs dans les membres, ressentit un matin, à la suite de refroidissement, de la difficulté en avalant, et comme la sensation d'un abcès qui allait se former à l'arcade dentaire. Quelques jours se passèrent avec douleurs de tête et au cou, de la constipation et de la chaleur. Le pharynx devient rouge sans que les amygdales se gonflent; à l'extérieur du cou on ne s'aperçoit également d'aucun changement. Pouls lent et dur; langue humide, jaune-blanchâtre, peau sèche, brûlante au front, dans le reste du corps, d'une température ordinaire. (Saignée. Sang très-coagulé, mais ayant une croûte phlogistique peu épaisse. Solution de sel amer, avec élixir acide de Haller.)

Le second jour où le médecin vit la malade (septième jour de la maladie), la dysphagie avait augmenté, et la céphalalgie à peine diminué; la rougeur du pharynx était peu en rapport avec le degré de difficulté de la déglutition.

Le surlendemain (huitième jour de la maladie), l'état de la malade avait subitement empiré. Nuit très-agitée, rêves effrayans, respiration gênée, jactitation; tuméfaction du côté gauche de la face. On peut remarquer aussi au cou une tumeur qui, les jours précédens, avait échappé à l'examen le plus attentif; cette tumeur avait la forme et le volume d'une moitié d'œuf de poule coupé dans le sens longitudinal, s'étendant depuis le menton jusqu'à l'os hyoïde; elle était dure comme du bois et insensible à la pression la plus forte; la peau qui la recouvrait était mobile, ni plus rouge, ni plus chaude que d'ordinaire; les parties latérales du cou vers les oreilles et principalement la région de l'angle de la mâchoire correspondant aux amygdales, n'étaient ni gonflées, ni douloureuses au toucher; la bouche s'entr'ouvrait avec peine, et la langue ne pouvait dépasser l'arcade dentaire; le long du bord interne de la mâchoire inférieure, il fut possible de sentir et même de voir à la lumière ce *bourrelet dur et calleux* qui est un des caractères distinctifs de cette maladie. Les dents ni les gencives n'avaient aucune sensibilité particulière. La déglutition était extrêmement difficile et même impossible; la voix avait un son sourd, monotone, comme celle d'un sourd-muet; la prononciation de certaines lettres, celles articulées surtout à la base de la langue, comme le *d* et le *t* au commencement des mots, et le *k*, le *g*, le *fl* et l'*r*, était entièrement impossible. Pendant la journée la fièvre avait été modérée, mais le soir elle devint plus intense; la chaleur augmenta; il survint du délire, de l'agitation; des vomissemens spontanés produisirent quelque soulagement. (Sangsues derrière les oreilles, vésicatoire à la nuque, frictions avec liniment volatil de teinture de cantharides sur la tumeur, lotions d'oxicrat sur la peau.)

Le neuvième jour, rémission des symptômes généraux et de la fièvre; le gonflement de la face a diminué; la tumeur au menton a au contraire augmenté; ses bords s'étaient effacés, et la peau qui la recouvre était devenue un peu plus rouge. Sa dureté et son indolence étaient restées au même degré; le bourrelet demi circulaire au-dessous de la langue s'était un peu ramolli. (Lavement, infusion légère de valériane avec esprit de minderérus, frictions et lotions d'oxicrat continuées. On panse le vésicatoire avec la pommade digestive.) Le soir et la nuit nouvelle exaltation de tous les symptômes et de la fièvre; déglutition tout à fait impossible; toux et gargouillement, dans la trachée-artère, de matières muqueuses qui ne peuvent être expectorées. (Cataplasmes d'oignons et de farine de moutarde sur la tumeur, et sinapismes aux poignets et aux gras de jambes.)

Le dixième jour au matin, un peu de repos et de sommeil; tumeur du cou un peu plus dure, mais un peu aplatie et s'étendant davantage vers le côté droit; peau devenue rouge et sensible par les topiques irritans, surtout vers l'os hyoïde; respiration, déglutition et parole plus libres; peau humide; pouls mou et moins fréquent; soirée et nuit bonnes; sommeil pour la première fois.

Le onzième jour, tumeur beaucoup plus petite et plus ramollie; la malade peut ouvrir la bouche et tendre la langue; difficulté de la respiration et de la déglutition encore diminuées; vers onze heures du matin, nouvelle transpiration également bienfaisante; la dureté de la tumeur s'est entièrement dissipée; cette dernière elle-même a presque totalement disparu à l'extérieur, et elle est à peine sensible à la pression; cependant aucun signe n'existe, et la malade n'a éprouvé aucune sensation qui indique qu'un abcès se soit ouvert à l'intérieur. Les cataplasmes sont remplacés au bout de quelque temps par des coussinets de coton imprégnés de vapeurs de colophane; on favorise la suppuration à la nuque, et on continue les infusions théiformes. Il survient une diaphorèse abondante; et les urines laissent déposer un fort sédiment. Sous l'influence de ces phénomènes critiques, l'état général de la malade continue à s'améliorer au point que, le seizième jour, elle peut quitter le lit; elle ressent bien encore pendant quelques jours une lassitude dans les membres et de la pesanteur à la langue; mais un examen attentif de la cavité buccale et du pharynx ne peut y faire découvrir rien d'anormal.

L'espèce particulière d'angine que nous venons de décrire, à laquelle le docteur Ludwig propose de donner le nom d'*induration gangréneuse du tissu cellulaire du cou*, et que nous trouverions mieux désignée sous celui d'*esquinancie sublinguale rhumatismo-typhoïde*, d'après le docteur Leube, est-elle réellement, comme l'a avancé le médecin de Stuttgard, une maladie nouvelle, ou bien admettrons-nous, avec le professeur Heim de Ludwigsburg (1), qu'elle a déjà été observée par Gregory et décrite sous le nom de *cynancha cellularis maligna* (2), ou qu'elle ait été connue anciennement sous les dénominations d'*ulcère syriaque* ou *égyp-*

(1) V. Journal de Stuttgard, v. 6, n° 10.

(2) Good's the study of medicine, v. 2, p. 414.

tien? Accorderons nous à M. Heim que C. Aurelianus et Severin l'aient connue, qu'elle soit identique ou analogue au *garotilo* des Espagnols, au *male in canna* des Italiens, au *mal de gorge ulcéré* de Tissot, et enfin à la *diphthérite* de M. Bretonneau?

Nous ne connaissons pas l'*angine cellulaire maligne* de Gregory, et nous n'avons pu vérifier la description qu'il en donne. Nous ne pouvons donc, dans ce cas, nous prononcer entre l'opinion de M. Heim et celle de M. Ludwig. Mais pour qui se rappelle la description des différentes angines dont nous venons d'énumérer les noms, il ne peut exister de doute sur les différences qui séparent ces affections de l'angine particulière dont nous avons retracé le tableau et donné en résumé les principaux traits caractéristiques. Nous ne voudrions d'ailleurs pas aller au-delà de l'opinion de M. Ludwig lui-même, qui, dit-il, n'oserait point, au nombre trop petit encore d'observations recueillies à ce sujet, affirmer d'une manière positive que cette maladie constitue une espèce nosologique à part, et qu'elle n'ait aucun rapport avec les autres espèces d'angines gangréneuses.

Toutefois, telle qu'il a eu occasion de l'observer, il l'a vue, dans tous les cas, ayant sa marche et ses symptômes tranchés et tendant presque toujours vers une issue funeste. Il croit que, sous ces différens rapports, cette maladie mérite une attention particulière. Le traitement aussi doit être pris en sérieuse considération; et nous pensons que celui proposé par M. Ludwig a été un véritable service rendu à la science et à l'humanité, car avant lui la plupart des personnes atteintes de cette funeste maladie y succombaient infailliblement.

N° 38. — 17 Sept.

Recherches sur quelques points de l'étude de la gangrène pulmonaire; par M. Genest, D.-M. P., ancien chef de clinique de la Faculté a l'Hôtel-Dieu.

Le plus grand vague règne encore sur les causes de la gangrène pulmonaire, malgré les travaux nombreux des pathologistes modernes sur les affections des organes thoraciques. C'est aussi sur ce point que nous désirons appeler quelques instans l'attention, en rapportant plusieurs observations qui nous semblent jeter quelque jour sur cette question importante et sur le traitement.

De même que pour tous les organes internes, on a mis en première ligne, parmi les causes de la gangrène pulmonaire, l'inflammation suraiguë; mais on s'est mis peu en peine pour prouver l'exactitude de cette assertion. Nous avons parcouru et examiné un grand nombre de cas où l'on avait trouvé à l'autopsie le poumon gangréné; mais nous n'en avons rencontré aucun où, pendant la vie, on eût observé les symptômes caractéristiques d'une inflammation sur-aiguë des poumons; et chez aucun des sujets que nous avons ouverts nous-mêmes, comme dans aucune des autopsies dont nous avons eu connaissance, nous n'avons retrouvé les lésions anatomiques qui auraient dû exister si la gangrène eût été le résultat de l'inflammation, savoir: des portions de poumon à l'état d'hépatisation au milieu de l'escarre ou du bourbillon. La seule altération que l'on ait trouvée dans ces cas ayant rapport à l'inflammation, est un état analogue à la première période de la pneumonie, qu'ont offert soit des débris de l'escarre, soit des portions de poumon qui commençaient à offrir les caractères de la désorganisation gangréneuse. Mais ce qu'on a pris pour un premier degré de l'inflammation, n'était probablement que l'une des formes sous lesquelles se présente quelquefois l'apoplexie pulmonaire, et qu'il n'est pas toujours facile de distinguer de l'engouement inflammatoire. Il faudrait donc admettre que dans ces cas le poumon passerait immédiatement du premier degré de l'inflammation à la désorganisation complète, ce que rien n'autorise même à supposer. D'ailleurs les sujets chez lesquels on a observé la gangrène pulmonaire, n'offraient point cet état des forces que suppose la marche d'une inflammation sur-aiguë; au contraire, même, beaucoup d'entre eux ou étaient affaiblis par une autre maladie, ou se faisaient plutôt remarquer par un état de faiblesse générale, une maigreur prononcée, que par une constitution vigoureuse, un embonpoint remarquable et la prédominance du système vasculaire sanguin.

Aussi la débilité a été considérée comme l'une des dispositions les plus actives à la gangrène pulmonaire. Cette opinion est bien plus d'accord avec les faits que la précédente; cependant on ne peut point admettre que cette cause soit celle du plus grand nombre des cas; car, le plus souvent, les sujets n'offraient pas les signes d'une constitution assez délabrée pour qu'on pût trouver dans cette circonstance seulement la cause d'un accident aussi formidable. Un second motif qui nous paraît combattre cette opinion, c'est le grand nombre des cas de guérison qui aujourd'hui sont constatés, et qui devraient être extrêmement rares, surtout avec le traitement adopté dans la plupart de ces cas, si l'affaiblissement de l'organisme, un apauvrissement du sang, un état approchant du scorbut, en était la cause principale. On pourrait demander encore pourquoi la maladie est ordinairement bornée à un point seulement du poumon, et surtout à un seul poumon: ce n'est pas là ce qu'on observe dans les maladies qui dépendent d'un état général. Chez les sujets qui succombent au scorbut, par exemple, il peut arriver qu'on ne trouve l'altération principale, l'infiltration sanguine, entièrement développée que sur un point seulement; mais ailleurs on retrouve divers degrés de la même altération, un ramollissement, un état de pâleur et de flaccidité qui suffit pour faire reconnaître la nature de la maladie. Il n'en est pas de même dans la gangrène du poumon; souvent la partie frappée de gangrène est enveloppée par une membrane qui la sépare du tissu voisin plus ou moins altéré, mais vivant, et qui indique elle-même une certaine énergie de réaction. A quelques lignes, à quelques pouces au plus, et à plus forte raison dans le poumon du côté opposé, le tissu pulmonaire est tout à fait à l'état normal. Nous pensons donc que la débilitation géné-

rale ne peut expliquer le développement de la gangrène pulmonaire. Cependant nous admettons que cette condition est l'une des plus favorables, ainsi que M. Guislain(1) l'a démontré pour les aliénés dans un bon travail que nous aurons encore l'occasion de citer plus d'une fois.

On a dit encore (Laënnec) que la gangrène pulmonaire était une affection essentiellement gangréneuse, comme l'anthrax, la pustule maligne, le charbon, etc. Mais les maladies essentiellement gangréneuses reconnaissent toutes des causes spécifiques que nous ne retrouvons pas dans la gangrène des poumons, soit l'inflammation sur-aiguë (anthrax), soit le contact d'un virus septique (affections charbonneuses), soit un état grave de l'économie et toujours facile à constater (fièvre grave, peste). Comme on ne rencontre rien de semblable dans les cas de gangrène pulmonaire, on est donc obligé de rejeter cette cause ou d'admettre une espèce d'affection gangréneuse toute spéciale et différente des autres, survenant sans cause appréciable et souvent sous l'influence d'une santé passable.

Enfin, le dernier ordre de causes auquel on a attribué la lésion qui nous occupe, c'est la présence d'un *obstacle mécanique* à la circulation du sang dans les *poumons*. Nous ne nierons pas que le développement rapide des masses tuberculeuses ou d'une autre nature sur le trajet des vaisseaux des poumons, ne puisse amener le sphacèle d'une partie de cet organe, mais ces cas sont très-rares : nous ne connaissons de bien authentique que celui qu'a décrit M. Carswell (2); et telle n'a point été la cause des cas que nous avons observés ou dont nous avons parcouru la relation (3).

Il y a encore une cause de la gangrène pulmonaire qui a été soupçonnée par plusieurs auteurs, indiquée par quelques-uns, mais qui cependant n'a pas reçu l'attention qu'elle nous paraît mériter : nous voulons parler de l'hémorrhagie pulmonaire, ou plutôt de l'apoplexie pulmonaire. C'est cette cause jusqu'ici négligée qui nous paraît jouer le rôle principal dans la plupart des cas de gangrène pulmonaire; c'est au moins celle qui nous a paru ressortir le plus évidemment de l'examen approfondi des cas que nous avons observés nous-mêmes. Nous allons chercher à le démontrer en commençant d'abord par rapporter l'observation suivante, qui nous semble offrir un haut intérêt dans la question qui nous occupe.

Hémoptysies abondantes; mort; cavités remplies de sang putride dans le tissu pulmonaire.

Obs. I (4). — Le nommé Veille, boulanger, âgé de 26 ans, d'une constitution grêle, dit avoir joui habituellement d'une bonne santé jusqu'au mois de juillet dernier. A cette époque il fut pris presque subitement de douleurs dans toute la poitrine, et spécialement vers le mamelon gauche, et fut obligé de suspendre son travail et même d'entrer à l'Hôtel-Dieu où il resta et fut saigné quatre fois pendant un mois. A sa sortie il voulut reprendre ses travaux, mais au bout de quinze jours il fut contraint de les abandonner et de rentrer à l'Hôtel-Dieu où il séjourna encore pendant un mois. Puis, ayant voulu encore recommencer à travailler, il ne le put, et rentra à la Charité, se plaignant toujours de douleurs dans la poitrine. Enfin il rentra pour la troisième fois à l'Hôtel-Dieu, le 12 janvier 1833, assurant que depuis qu'il est malade il a très-peu maigri et qu'il n'a commencé à cracher du sang que quelques jours avant sa dernière admission. Voici l'état qu'il a offert le lendemain :

13 janvier, fétidité considérable de l'air expiré; odeur de macération anatomique dans les grands efforts de la toux. Des matières rougeâtres et ternes sont expectorées pendant ces grands efforts qui donnent quelquefois lieu à une expectoration peu abondante d'un sang spumeux et vermeil. La poitrine percutée donne un son obscur à sa partie inférieure et postérieure gauche, depuis deux travers de doigts au-dessous de la pointe de l'omoplate jusqu'à la base de la cavité thoracique. Bruit respiratoire obscur; point de retentissement de la voix; point de fièvre; toux revenant par quintes avec turgescence de la face qui reste comme bouffie et infiltrée dans les intervalles qui séparent les quintes. Etat normal des organes digestifs. (Violette; sirop de gomme; potion gommeuse avec extrait de ratanhia, 1 gros; vésicatoire au bras, lavemens émolliens, diète.)

Le 14, le malade n'a point reposé pendant la nuit et en a été empêché par la toux qui continue par quintes; les crachats offrent les mêmes caractères et l'air expiré la même fétidité. (Saignée de deux palettes; ligature des membres inférieurs, id.)

Le 15, la respiration est plus libre; les crachats ont cessé de contenir du sang aussitôt après la saignée pratiquée hier et qui est couverte d'une couenne assez épaisse; pas de fièvre. (Deux cautères à la base de la poitrine; deux bouillons; crême de riz, etc.)

Le 16, aujourd'hui, à une heure du matin, le malade a été pris de ce qu'il appelle un vomissement de sang et qu'il dit avoir été beaucoup plus abondant qu'il ne l'avait été jusqu'ici. Son crachoir en contient environ quatre onces et qui paraît presque pur. Deux selles liquides dans les vingt quatre heures; du reste même état. (Saignée de deux palettes; potion avec extrait de ratanhia, 2 gros id.)

Le 17, la saignée d'hier offre un caillot assez dense, sans couenne et qui nage dans une grande quantité de sérosité. Le malade a encore rendu beaucoup de sang; son crachoir en contient bien six onces, offrant aussi un caillot qui nage au milieu d'une sérosité abondante. Il se plaint amèrement et veut à toute force sortir de l'Hôtel-Dieu. (Potion avec acétate de plomb, 12 grains.)

(1) Gaz. médicale, année 1836, t. 11 (2e s.) *Encycl.*, p. 55.

(2) Elementary forms of disease. Première livraison.

(3) Nous connaissons un fait où, bien que la branche gauche de l'artère pulmonaire fut oblitérée complétement dès son entrée dans le poumon de ce côté, on n'a rien observé d'analogue à la gangrène.

(4) Recueillie dans le service de M. le professeur Chomel.

Le 19, le malade est à peu près dans le même état. Il a cependant un peu moins craché de sang que les jours précédens. (Potion avec acétate de plomb, 24 grains).

Le 20, le malade était assez bien ; vers six heures du soir, il est pris tout à coup d'une toux avec crachement de sang abondant, et pendant lequel il meurt instantanément et comme asphyxié, conservant un caillot de sang dans la bouche.

Autopsie, faite 38 *heures après la mort.*

Habitudes générales. Pâleur extrême, maigreur prononcée à la face et à la poitrine, œdématie des membres inférieurs.

Le cerveau et ses membranes n'offrent rien d'anormal.

Le larynx, la trachée et les bronches, même jusqu'aux plus petites, sont entièrement remplies par un caillot qui est continu et suit toutes les divisions des bronches.

Thorax. Le poumon gauche offre des adhérences assez résistantes et anciennes avec la plèvre. En incisant ce poumon, on trouve dans son centre une cavité qui pourrait contenir une noix de volume ordinaire, remplie par un caillot noirâtre et demi-fluide, dont l'odeur gangréneuse rappelle celle des crachats des premiers jours. La forme de cette cavité est allongée et conique ; elle est tapissée d'une membrane lisse et si mince qu'on ne peut en reconnaître la nature à l'inspection ; mais en l'examinant avec soin on trouve qu'elle communique avec une bronche dont on suit très-facilement la membrane interne dans l'intérieur de la cavité où elle se termine et qui n'offre pas d'autre issue. L'ouverture par laquelle la bronche pénètre dans cette cavité est assez étroite pour ne permettre l'introduction que d'un stylet d'une moyenne grosseur, et elle y pénètre abruptement par la grosse extrémité de la cavité ; en sorte que cette bronche qui offre à peine une ligne ou une ligne et demie de diamètre au point où elle s'ouvre dans la cavité, offre immédiatement un calibre d'un pouce et même peut-être plus ; tandis que, par l'autre extrémité, la cavité ne se rétrécit que très-graduellement. Examinant alors les autres bronches avec soin, on remarque d'abord qu'elles sont toutes remplies par le caillot de sang dont nous avons déjà parlé et en outre qu'elles offrent dans leur trajet de fréquentes dilatations, mais dont aucune n'approche de l'étendue de celle que nous venons de décrire et qui ne se présentent point comme elles à leur terminaison.

Le tissu du poumon offre en dehors des bronches et de leurs dilatations que nous venons d'indiquer, de petites masses de sang noir et coagulé, de volume variable, mais se rapprochant assez de celui d'un grain de chenevis ou de blé, et que l'on en fait sortir en entier en pressant assez fortement ; elles sont évidemment dues à l'extravasation du sang dans le tissu du poumon et ne sont pas agglomérées sur un seul point. A la base du même poumon on trouve une cavité capable de contenir une petite noix, remplie de sang putréfié, demi-fluide et à odeur gangréneuse. Cette cavité n'est point tapissée par une membrane, elle présente au contraire, à sa surface des irrégularités et anfractuosités qui indiquent qu'une déchirure avec écartement du tissu pulmonaire a eu lieu dans ce cas. On n'a pas cherché à constater s'il y avait quelque bronche qui communiquât avec l'intérieur de cette cavité.

Le poumon droit offre comme le gauche de nombreuses dilatations sur le trajet des bronches, mais dont aucune n'a l'étendue ni les caractères de celle que nous venons de décrire ci-dessus. Toutes les bronches sont remplies par un caillot qui semble continu et paraît pénétrer jusque dans leurs dernières ramifications. On trouve en outre sur quelques points de petites masses de sang coagulé dans le tissu même des poumons, et que l'on en fait sortir comme à gauche par la pression.

Les organes abdominaux n'offrent rien de notable.

Cette observation nous a paru importante sous plus d'un point de vue ; aussi l'avons-nous rapportée avec tous les détails qui nous ont semblé nécessaires pour qu'elle fût bien comprise.

1° Nous ne fûmes pas peu embarrassés pour savoir à quelle lésion nous devions rapporter la première cavité contenant du sang à odeur gangréneuse dont nous avons parlé. Cette cavité était-elle une simple dilatation des bronches, ou pouvait-on la regarder comme une de ces cavernes revêtues d'une fausse membrane dans laquelle on trouve quelquefois le tissu pulmonaire réduit à l'état de gangrène ? La question paraissait difficile à résoudre ; cependant la présence de nombreuses dilatations sur le trajet des bronches, la continuité de la membrane qui tapissait la cavité avec celle qui revêt l'intérieur des bronches, la régularité et l'uniformité de l'ouverture par laquelle la bronche venait se terminer dans cette cavité, et enfin l'absence de tissu pulmonaire gangréneux dans l'intérieur qui n'était rempli que de sang putréfié, furent les motifs qui nous déterminèrent à regarder cette cavité comme le produit d'une simple dilatation, mais plus considérable qu'à l'ordinaire, et occupant l'extrémité d'une bronche.

2° La présence du sang putréfié dans cette cavité paraissait difficile à expliquer, tandis que dans toutes les autres cavités produites aussi par la dilatation des bronches, le sang était en caillots de formation récente et sans odeur spécifique ; cependant, comme cette dilatation se trouvait à l'extrémité d'une bronche, et que l'ouverture par laquelle elles communiquaient était très-étroite relativement à la capacité de la cavité, on conçoit facilement qu'un caillot formé dans cette cavité n'en ait point été chassé, et qu'il ait continué à rester en contact avec l'air. Or, c'est cette dernière circonstance (le contact de l'air avec le sang hors de ses vaisseaux) qui est la condition la plus favorable à la putréfaction de ce liquide. Lorsque le sang reste dans l'intérieur des tissus à l'abri du contact de l'air, en quelque quantité, pour ainsi dire, qu'il y soit accumulé, il y reste longtemps encore sans éprouver l'altération dont nous parlons. Nous avons vu d'abondantes collections de sang dans le tissu de divers organes chez des individus morts dans des circonstances très-défavora-

les, à la suite du purpura hemorrhagica, de la fièvre typhoïde, etc., maladies où le sang avait cependant déjà éprouvé une altération préalable; et pourtant nous n'avons jamais observé dans ces cas l'odeur caractéristique de la dernière décomposition. Nous croyons donc que le contact prolongé de l'air est, dans les circonstances ordinaires, la condition la plus favorable à la putréfaction du sang. C'est ainsi qu'à la suite des couches, lorsque le sang est retenu dans la matrice par une cause souvent difficile à apprécier, il acquiert en quelques heures une fétidité gangréneuse. Dans le cas que nous avons rapporté, c'est donc le contact prolongé de l'air sur le sang contenu dans cette cavité, qui a déterminé la putréfaction de ce liquide et a causé l'odeur gangréneuse bien caractérisée que le malade présentait dès le lendemain de son entrée, bien que le sang qu'il rejetait n'offrit point cette couleur rouillée ou chocolat qu'on regarde comme caractéristique.

3° Nous avons vu qu'il existait vers la base du même poumon une caverne différente de la première et également remplie de sang putréfié et à odeur gangréneuse. Ici on peut encore admettre la même explication, bien que *l'on n'ait* pas cherché s'il existait une communication avec l'air extérieur par la rupture de quelque rameau bronchique.

4° Enfin nous trouvons au centre des deux poumons des traces de l'engorgement hémoptoïque, qu'il est assez facile de confondre à une certaine époque, quand on n'y apporte pas toute l'attention nécessaire, avec l'engouement inflammatoire. Le meilleur moyen de les distinguer, lorsque la maladie est récente, est de comprimer assez fortement une portion du tissu pulmonaire entre les doigts; et dans le cas d'épanchement sanguin, on voit sortir du tissu pulmonaire de petites masses de sang noir, solide et comme cuit. Quand la maladie est plus ancienne, les tissus altérés offrent des caractères qu'il est difficile de méconnaître et que nous ne pouvons point rappeler ici.

Il nous semble donc permis de conclure de cette observation que l'hémoptysie peut être accompagnée d'apoplexie pulmonaire, ce qui, au reste, est admis, depuis les travaux de Laënnec, par tous les pathologistes qui se sont occupés de cette question; et que quand le sang épanché dans le tissu du poumon en collection plus ou moins considérable vient à se trouver en contact avec l'air extérieur, il se putréfie très-facilement et cause pendant la vie cette fétidité de la respiration que l'on dit être caractéristique de la gangrène. Cependant l'observation que nous venons de rapporter n'est point, à proprement parler, un exemple de gangrène pulmonaire, ce n'est qu'un cas de putréfaction du sang accumulé dans deux cavités de nature différente, et à laquelle le tissu des poumons n'avait probablement pris aucune part.

L'observation suivante va nous fournir l'exemple d'un cas où, à la putréfaction du sang, se joignait aussi une désorganisation gangréneuse et très considérable du tissu même du poumon.

Douleur au côté et soulagement; puis tout à coup refroidissement général et dyspnée suffocante qui ne diminue que par l'expuition de sang rouge et pur, lequel prend graduellement la couleur chocolat. Mort. A l'autopsie gangrène pulmonaire entourée d'un kyste dans le poumon gauche.

Obs. II (1). — La nommée Dubreuil, brodeuse, âgée de 27 ans, d'une forte constitution et ordinairement bien portante et bien réglée, rapporte qu'elle toussait un peu depuis quelque temps quand, s'étant exposée au froid, elle fut prise subitement d'une violente douleur au dessous du sein gauche; elle reste sans traitement et entre au bout de deux jours à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Madeleine, le 4 mars 1830.

Le 5, faciès inquiet, exprimant une vive souffrance; agitation; dypsnée extrême; céphalalgie sus-orbitaire; pouls plein, fort, 80 pulsations; douleur très-vive audessous du sein gauche augmentant par la toux et la pression. La sonoréité est la même des deux côtés, un peu moins claire peut-être à gauche où l'on entend un peu de râle muqueux à grosses bulles. La toux est fréquente et sèche; les crachats sont rares, filans, spumeux. L'examen de la langue et de l'abdomen ne présente rien d'anormal. (Saignée de trois palettes; 15 sangsues au côté gauche; tisane pectorale.)

Le 6, la malade se trouve un peu mieux; elle reste cependant agitée, accuse toujours une douleur vive audessous du sein gauche. La dyspnée est moins forte; la percussion et l'auscultation rien de nouveau. La saignée d'hier est riche et couennense. Les crachats offrent les mêmes caractères. (12 sangsues au côté gauche; sinapismes aux pieds.)

Le 7, la malade est à peine reconnaissable; la figure est pâle et décomposée; la dyspnée est revenue plus forte qu'avant son entrée, et la toux plus fréquente. La malade dit avoir été prise pendant la nuit, sans cause appréciable, d'un sentiment de froid général à la suite duquel elle éprouva une très-forte suffocation et ne fut un peu soulagée que par l'expuition de nombreux crachats de sang presque pur, rutilant et vermeil qui continuent et offrent les mêmes caractères et très-abondans. La douleur du côté gauche qui avait presque complétement disparu est revenue plus vive. La percussion donne une égale sonoréité des deux côtés; elle est cependant un peu moindre à gauche en avant et en bas où l'on entend beaucoup de râle muqueux, du souffle bronchique, et quelques traces de râle crépitant éloigné. La malade se plaint vivement et est fort agitée; les crachats et l'air expirés par la malade ne présentent aucune odeur spécifique; pouls fort, plein et d'une médiocre fréquence. (Saignée de deux palettes, et une conditionnelle pour le soir; sinapisme).

Le 8, l'état de la malade est le même; elle est toujours très-agitée et se plaint continuellement; l'expec-

(1) Recueillie dans le service de M. Gibert.

toration qui ne fournit que du sang presque pur et très-abondant a été évaluée à deux palettes et demie; le pouls est le même; la saignée offre un caillot nageant dans une sérosité abondante, sans couenne. (Saignée de deux palettes).

Le 9, la face est décolorée, la dyspnée forte, l'anxiété considérable. L'expectoration de sang continue très-abondante; en trois heures la malade en a rendu plus d'une palette qui est moins vermeil et moins pur que les premiers jours, et offre une odeur fade, douceâtre, approchant un peu de l'odeur de la macération, mais sans fétidité caractéristique; cette teinte arrive presque à celle du chocolat. La malade dit que sa respiration l'empoisonne, bien que pour ceux qui l'entourent l'air qu'elle expire n'offre pas une fétidité notable. Le poumon gauche est rempli de râle très-bruyant et offre en arrière et en bas une matité peu douteuse. Le sang de la dernière saignée n'offre pas de couenne; le caillot est peu consistant et semble dissout au milieu de sérosité; le pouls perd de sa force et est un peu plus fréquent. (Trois ventouses scarifiées sur le côté gauche).

Le 10, la malade est moins agitée, elle dit moins souffrir du côté; mais elle s'affaiblit beaucoup; à la pâleur des jours précédens se joint une teinte terreuse, livide; le crachement de sang continue toujours très-abondant et la couleur chocolat du liquide expectoré, ainsi que son odeur gangréneuse, ne peuvent plus laisser de doute sur la désorganisation du poumon. (Saignée de trois palettes).

Le 11, l'état de la malade a beaucoup empiré; ses lèvres sont pâles, ses extrémités froides; elle éprouve de temps en temps des suffocations que la sortie du sang soulage un peu. Elle se plaint de douleurs dans toute la poitrine. Le râle est stertoreux et la malade est si faible qu'on ne veut pas la tourmenter pour l'auscultation. Dans la journée d'hier l'air expiré a pris une fétidité insupportable même pour les assistans et dont la malade sa voisine se plaint fortement ce matin. La fétidité des crachats est moins prononcée que celle de la respiration. La malade succombe le 12, à deux heures du matin.

Autopsie, faite 30 heures après la mort.

Habitude extérieure. Décoloration générale; une sanie noire et fétide sort en abondance par la bouche et par les fosses nasales dans les mouvemens qu'on imprime au cadavre.

Thorax. Adhérences anciennes et rares des deux côtés de la poitrine; à gauche et en bas il en existe cependant quelques-unes qui paraissent récentes. En cherchant à tirer le poumon de la poitrine il se déchire et un flot d'un liquide d'une odeur insupportable sort d'une cavité qui occupe le lobe postérieur, creusée dans son intérieur, et remplie de débris du tissu pulmonaire sous forme de putrilage et d'un liquide de couleur lie de vin, et ayant l'odeur spécifique de la gangrène. Ces débris entièrement séparés du reste du poumon ou au moins ne tenant que par quelques points rares et peu étendus, se trouvent appartenir aux vaisseaux artériels et aériens. Cette cavité qui ne contient rien de solide et qui était de capacité à contenir un poing d'un fort volume, n'offre point d'irrégularités à sa surface interne et est recouverte dans toute son étendue d'une espèce de membrane celluleuse, blanche et qui n'a pas moins d'une demi-ligne d'épaisseur. En examinant cependant avec soin les mailles dont est composée cette membrane, nous croyons reconnaître qu'elle n'est formée que par du tissu pulmonaire très-compact et complétement décoloré.

Dans une partie de son étendue cette membrane est en contact immédiat avec la plèvre qui se déchire très-facilement; partout ailleurs elle est contiguë et probablement continue avec une couche d'une épaisseur variable de tissu pulmonaire induré, très-compact, sans traces de ramollissement ni de suppuration, ne ressemblant pour la densité ni au tissu du foie, ni à celui de la rate, mais bien au tissu du rein, à l'exception qu'il est légèrement verdâtre. Immédiatement en dehors de cette couche le tissu du poumon présente à peu près l'état normal avec un peu d'engouement à la partie inférieure, mais sans ramollissement.

Le lobe supérieur est à l'état sain; le poumon droit est crépitant en avant et en haut, engoué en arrière et en bas, mais très-résistant et presque complétement décoloré.

La muqueuse offre dans la trachée et les grosses bronches une rougeur qui va en augmentant d'intensité et est tout à fait noire dans les petites bronches du côté gauche.

Le cœur est petit, vide de sang, décoloré légèrement, ramolli dans tout son tissu.

Abdomen. L'estomac est pâle ainsi que tous les intestins. La muqueuse est ramollie dans le grand cul de sac.

Le foie, la rate et les intestins sont décolorés. Le corps de la matrice a à peine le volume d'une petite noix, et son col a près de deux pouces de longueur et est très-tortueux.

Le *cerveau* n'a rien présenté d'anormal qui eût rapport à la maladie qui a déterminée la mort si ce n'est qu'il est très-pâle et a une consistance anormale.

La seule difficulté que présente cette observation, c'est de savoir si l'abondante hémoptysie qu'a éprouvée la malade a précédé le développement de la gangrène, ou si elle n'a été qu'un effet de la gangrène elle-même produit par la séparation des parties gangrénées de celles qui avaient conservé la vie. Plusieurs pathologistes qui se sont occupés, depuis quelques années, d'études sur la gangrène pulmonaire, ont cru devoir attribuer les hémorrhagies abondantes qu'on voit souvent survenir pendant sa durée, à la dernière cause que nous venons d'indiquer. Nous ne voulons pas nier qu'il n'en soit ainsi dans un certain nombre de cas et à une certaine époque de la maladie; mais sans considérer la question d'une manière générale, il nous suffira de faire voir que dans le fait précédent c'est réellement

l'hémoptisie qui a précédé le développement de la gangrène.

Et d'abord, si nous parcourons avec attention cette observation, nous y reconnaîtrons trois périodes bien distinctes, la première pendant laquelle, à la suite d'un refroidissement, la malade sentit une vive douleur de côté accompagnée de dyspnée, de céphalalgie et d'une fièvre médiocrement forte, et fut considérée comme atteinte d'une pleurodynie ou d'une pleurésie sans épanchement. La seconde, qui offre tous les caractères de l'hémorrhagie: refroidissement subit et spontané, la malade étant au lit; très-forte suffocation, et soulagement par l'expuition d'un sang *rutilant, vermeil et très-abondant*. La troisième enfin, qui commence à l'époque où les crachats, bien qu'abondans, présentent une teinte rouillée, chocolat, une odeur fade et douceâtre, où l'air expiré commence à paraître fétide à la malade elle-même, et pendant laquelle nous voyons se développer successivement tous les symptômes qui appartiennent à la gangrène pulmonaire caractérisée.

Cette marche est tout à fait celle de l'hémorrhagie, et non point de la gangrène. Si la gangrène se fût développée spontanément, et que l'hémorrhagie n'eût été que consécutive, le sang serait-il resté pendant deux jours rutilant et vermeil? il aurait été au contraire plus fétide que celui qui se serait écoulé ensuite. Il faut donc admettre que l'hémorrhagie pulmonaire qui a eu lieu chez cette femme, s'est fait jour à la fois et à travers la muqueuse bronchique et dans le tissu même du poumon, refoulant ce tissu de dedans en dehors, ou le désorganisant complétement et produisant en peu de temps à la fois et cette vaste excavation remplie de sang putréfié avec quelques débris des bronches et des vaisseaux sanguins, et cette induration du tissu pulmonaire qui l'entourait; induration d'une nature tout à fait spéciale, qui n'est ni l'hépatisation, ni l'induration grise, ni la splénisation, mais qui se rapprochait par la fermeté et la densité du tissu du rein. Comment, au contraire, pourra-t-on s'expliquer la formation aussi rapide d'une cavité si considérable, de quelque manière qu'on se rendit compte du développement de la gangrène, et sans qu'il y restât d'autres traces du tissu détruit que quelques débris à peine reconnaissables. Nous concevons difficilement comment les parties mortifiées, bien que soumises à la température des poumons et aux secousses que leur imprime la toux, se détruiraient aussi complétement. D'ailleurs, comment pourrait-on expliquer cette induration si remarquable du tissu pulmonaire voisin, et qui évidemment était produite par une pression exercée de dedans en dehors? Or, cette pression n'a pu être exercée que par le sang, et a été nécessairement en augmentant jusqu'au moment où une communication a été établie entre les bronches et la cavité; puis, l'accès de l'air dans cette dernière n'aura pas tardé à l'aide de la chaleur et par l'effet de la désorganisation mécanique du tissu pulmonaire à y déterminer la putréfaction et l'odeur caractéristique de la gangrène.

Il s'est passé dans ce cas ce qui arrive bien plus lentement, il est vrai, pendant le développement d'un tubercule dans le poumon; ce dernier écarte le tissu pulmonaire qui l'entoure en le condensant et la matière ramollie finit par trouver une issue par la bouche.

Quant à la manière dont s'opère la désorganisation du tissu pulmonaire par l'influence d'une hémorrhagie, il est facile de la concevoir d'après ce que nous voyons arriver dans une circonstance analogue dans le cerveau, où l'on trouve quelquefois des masses asses considérables de matière cérébrale désorganisées et entièrement mêlées avec le sang, et auxquelles il ne manque que l'accès de l'air pour les faire passer à l'état de gangrène.

La présence du kyste, espèce de membrane blanchâtre dont l'intérieur de la cavité était tapissée, vient encore à l'appui de notre manière de voir. Ces kystes ne sont pas très-rares dans les cas d'apoplexies pulmonaires qui consistent non pas en un simple engorgement hémoptoïque, mais un épanchement circonscrit. M. Bouillaud en a rapporté un cas remarquable. (*Archives de méd.*, t. XII.) Cependant nous sommes portés à croire que ce n'est ni un vrai kyste, ni une fausse membrane que l'on trouve dans ces cas; car, dans celui que nous venons de rapporter et dans quelques autres où nous avons eu l'occasion d'observer une membrane analogue et que nous avons disséquée avec soin, nous avons cru retrouver cette apparence lamellaire qu'offre le poumon lorsqu'il a été fortement comprimé par un épanchement abondant à la suite d'une pleurésie chronique. Quant à la couleur blanche ou grisâtre que présente cette espèce de kyste, bien qu'elle se rapproche assez de la couleur du tissu du poumon réduite par la compression à l'état dont nous venons de parler, nous reconnaissons cependant que ce sujet réclame de nouvelles recherches.

Le fait que nous venons de rapporter n'est pas le seul de ce genre. Le docteur Townsend, dit à l'article *apoplexie pulmonaire* (1), avoir observé un cas où il a pu suivre les différentes périodes de la maladie depuis la formation d'un engorgement hémoptoïque considérable jusqu'à sa conversion en un vaste abcès gangréneux; nous regrettons de ne pas trouver plus de détails sur ce fait de gangrène pulmonaire que l'auteur attribue à l'oblitération des vaisseaux sanguins qui, dit-il, étaient entièrement remplis par des caillots solides, ainsi qu'on le voit souvent dans les cas d'apoplexie pulmonaire un peu considérables. Nous ne nions pas que cette circonstance puisse avoir quelque influence sur la production de la gangrène pulmonaire; mais nous pensons que l'accès de l'air est une circonstance indispensable, et d'autant plus que l'épanchement de sang ne peut se faire que par la destruction mécanique du tissu pulmonaire. Un autre cas de gangrène pulmonaire succédant à l'apoplexie pulmonaire est rapporté avec détail par le docteur Law, dans un recueil (2) que je

(1) Cyclopædia of practical medicine.

(2) Dublin médical transaction, 1830.

n'ai pas pu me procurer à Paris; mais voici ce qu'il dit lui-même de ce fait dans un autre ouvrage (1). « Dans l'apoplexie pulmonaire le tissu du poumon est déchiré par le sang qui sort de ses vaisseaux, de même que la matière cérébrale est lacérée dans des circonstances analogues. J'ai observé un cas de ce genre, il y a peu de temps. Le sujet était mort d'un crachement abondant de sang putride, et à l'autopsie on trouva une quantité considérable de sang dans le même état dans une cavité qui occupait l'étendue tout entière du poumon droit. »

Parmi les observations de gangrène pulmonaire que nous avons recueillies, la suivante est l'une de celles auxquelles les considérations précédentes nous semblent pouvoir être appliquées avec le plus d'exactitude.

Forte dyspnée à la suite de fatigues; expectoration sanguinolente; soulagement à la suite de plusieurs saignées; recrudescence des accidens avec symptômes de gangrène pulmonaire; mort; destructions presque complète du poumon gauche.

Obs. III (2). — Le nommé Viger, âgé de 38 ans, chauffeur de plâtre, jouissant habituellement d'une bonne santé, s'étant livré dans les premiers jours de mai 1828 à des travaux plus fatiguans qu'à l'ordinaire et s'étant refroidi, fut pris subitement de dyspnée très-forte avec douleur au côté et expectoration de crachats où le sang était presque pur. Bien qu'il dise n'avoir point eu de fièvre il fut cependant obligé d'entrer à l'Hôtel-Dieu, salle St.-Charles, où trois saignées et une application de sangsues le soulagèrent. Il voulut alors reprendre ses travaux, mais la dyspnée qui n'avait pas cessé entièrement augmenta; le crachement de sang qui avait disparu pendant quelques jours revint de nouveau, et le malade fut obligé d'entrer, salle Ste-Madeleine, le 31 mai 1828.

Le 1er juin, figure pâle, traits fortement tirés, peau sans chaleur et pouls sans fréquence: toute la poitrine est sonore en avant et en arrière. A droite, bruit respiratoire normal; à gauche, mêlé de râles divers et de souffle bronchique. L'air expiré a une odeur fade, tournant à la gangrène; les crachats, d'un rouge livide, semblables à du chocolat, présentent quelques points blanchâtres assez semblables à du pus, et offrent la même odeur que l'air expiré par le malade. En les examinant avec soin, nous y trouvons de petits grumeaux qui semblent formés de substance pulmonaire ou des débris d'un caillot sanguin. (Limonade, gomme, acide nitrique, fumigations de chlorure de chaux et de vinaigre camphré.)

Le 2, le faciès hippocratica est plus prononcé, ainsi que l'odeur de l'air expiré et des crachats qui ne contiennent que du sang pur, mais noir et mêlé de beaucoup d'air. Le malade, qui a beaucoup de courage, est si faible qu'on ne peut l'ausculter. Dévoiement; pouls sans fréquence: peau fraîche.

Le 3, on dirait une légère amélioration; le pouls a pris de la fréquence, 110 pulsations, misérable, dépressible; le dévoiement continue. (Même traitement.)

Le 4, aggravation de tous les symptômes; la peau offre une couleur terreuse et de nombreuses rides à la figure; les crachats, toujours rouillés et d'une fétidité insupportable, présentent de nouveau quelques points blancs semblables à du pus. Le malade meurt dans la nuit.

Autopsie faite 36 *heures après la mort.*

Habitude extérieure. Pâleur terreuse de la peau, sans bouffissure ni raideur des membres.

Thorax. Le poumon droit très-crépitant, avec quelques adhérences anciennes et un peu de sérosité rougeâtre.

Le poumon gauche ne peut être tiré sans éprouver une déchirure par laquelle il sort plus d'une demi-pinte d'un liquide noirâtre d'une odeur analogue à celle des crachats. Une incision pratiquée dans le sens de la déchirure laisse voir une cavité qui occupe tout l'intérieur de ce poumon, et est encore remplie d'une espèce de bouillie semblable à celle qui est tombée dans la plèvre. Un filet d'eau versé sur cette matière l'emporte presque en entier, et met à découvert un fond blanc, lisse et uni, sur lequel restent encore des portions de cette substance putrilagineuse, ressemblant exactement, à la couleur près, à la conserve des ruisseaux. Les débris des vaisseaux pulmonaires se détachent facilement, et alors il ne reste que les parois uniformément blanches de l'excavation qui est tellement grande, qu'il ne reste au sommet du poumon qu'un pouce environ de tissu pulmonaire à l'état d'induration grise; la même épaisseur de tissu réduite au même état existe aussi à la base. Le bord antérieur du poumon conservait seul un peu de crépitation dans une étendue de quelques lignes, tout le long de son pourtour. La partie du tissu pulmonaire qui maintenait la forme de l'organe, et qu'on pourrait comparer avec justesse à une simple écorce, n'avait pas plus d'une à deux lignes d'épaisseur, et était aussi partout à l'état d'induration grise. Quant à l'espèce de membrane celluleuse qui tapissait cette immense cavité, elle n'avait pas plus d'une ligne d'épaisseur, et était d'un blanc sale. Quelques tubercules crus ou commençant à se ramollir, existent à la partie supérieure du poumon, et sur quelques autres points on trouve aussi des tubercules miliaires assez nombreux.

Abdomen. La fin de l'intestin grêle présente deux ou trois petites ulcérations qui paraissent de nature tuberculeuse.

Aux observations précédentes qui nous offrent des exemples si remarquables de gangrène pulmonaire circonscrite avec tous les symptômes de l'apoplexie pulmonaire, nous devrions en joindre d'autres où cette dernière altération était ou moins avancée ou moins étendue; mais nous n'avons point l'intention de pré-

(1) Cyclopœdia of practical medicine, art. *hémoptysie.*

(2) Recueillie dans le service de M. le professeur Récamier.

senter dans cet article l'histoire complète de l'apoplexie pulmonaire. Notre seul but était de prouver que dans un certain nombre de cas la gangrène qui se développe dans le poumon ne le fait que consécutivement à un épanchement de sang considérable dans le tissu de cet organe, et surtout lorsqu'il s'établit une communication entre l'air extérieur et la cavité dans laquelle le sang est contenu.

Nous devrions peut-être examiner ici si les cas de ce genre sont très-fréquens ; mais la plupart des faits de gangrène pulmonaire que nous avons parcourus, quelques-uns même de ceux que nous avons recueillis laissent à désirer des renseignemens sans lesquels on ne peut se prononcer sur ce point. Nous savons cependant que tous les cas de gangrène pulmonaire ne peuvent pas être rattachés à l'apoplexie pulmonaire, et que cette grave lésion reconnaît des causes d'une autre nature. M. Guislain en a signalé une très-importante et qui paraît agir spécialement chez les aliénés ; il en est encore une autre qui n'a pas fixé l'attention comme elle le méritait. Nous en dirons quelques mots dans le prochain article avant d'arriver au traitement.

N° 39. — 24 Sept.

Description anatomique d'un hermaphrodite connu tour à tour sous les noms de Marie Dorothée Derier et Charles Durgé ; par M. le professeur Mayer, de Bonn.

L'individu remarquable dont il va être question, est connu depuis plus de trente ans du public médical, d'abord sous le nom de Marie-Dorothée Derier, plus tard sous celui de Charles Durgé. Né à Berlin ou à Potsdam en 1780, il fut baptisé comme fille. A 20 ans, il avait encore conservé les habitudes et les vêtemens de son premier sexe ; il est alors pour la première fois parlé de lui dans les Annales de la science. Hufeland en fait mention dans son journal (année 1801); et déjà à cette époque la perspicacité du patriarche de la médecine allemande s'était prononcée pour la prédominance des attributs du sexe féminin chez Derier.

Plus tard, Derier, qui avait appris à modeler en cire, parcourut les diverses universités d'Allemagne, et voyagea en France, en Angleterre et en Hollande, dans les années 1816 et 1817. On l'employa dans plusieurs musées d'anatomie. Un grand nombre de médecins et de savans eurent occasion de l'examiner : la plupart d'entre eux, et nommément Kopp, Kausch, Mursina, Rosenmüller, Osiander, Lawrence, Green, et la Faculté de médecine de Paris, se déclarèrent pour le sexe masculin. Hufeland que nous avons déjà nommé, Gall et Brooks, se prononcèrent en faveur du sexe féminin. D'autres, et parmi eux les docteurs Schneider et Lauth, Schmidtmüller et Ritgen, opinèrent que Derier n'appartenait à aucun sexe; les différentes parties du corps même furent considérées comme pouvant appartenir tantôt au type masculin, tantôt au type féminin. Le bassin seul fut presque généralement regardé comme un bassin de femme ; et cependant l'inspection anatomique, comme nous verrons plus tard, a démontré le contraire.

S'appuyant sur l'opinion de la majorité des médecins qui s'étaient prononcés pour le sexe masculin, et poussé par une sorte de vanité, Derier prit les vêtemens et la manière de vivre de l'homme, et se fit appeler Charles Durgé. C'est sous ce nom qu'il a vécu à Bonn depuis 1820 jusqu'au mois de mars 1835, où il est mort. Durant cette dernière période de sa vie, M. le professeur Mayer l'a eu constamment sous les yeux. Durgé, dit-il, aimait à se ranger parmi les hommes, mais il montrait une certaine prédilection pour les femmes, vers lesquelles ne l'entraînait cependant aucun désir érotique. Son caractère était un mélange de l'homme et de la femme ; d'un côté il avait un courage au-dessus de sa taille ; il jouissait d'une certaine force musculaire, et aimait à dominer ; d'un autre côté, il se distinguait par une grande dextérité manuelle ; ses ouvrages en cire étaient toujours fidèles et bien travaillés. Il était animé de sentimens doux et affectueux, et en même temps d'un certain esprit de contradiction.

Il ne s'était plus manifesté, dans ces dernières années, d'écoulement sanguin par les parties génitales, comme cela paraît avoir eu lieu trois fois pendant sa vingtième année ; mais il était devenu sujet aux épistaxis et aux hémorrhoïdes, phénomènes que l'on peut attribuer aussi à sa manière de vivre. Il buvait beaucoup de vin, de café et de liqueurs spiritueuses. Jamais il n'eut de pollutions ni d'éjaculations de sperme. Sa voix était devenue plus forte et plus grave avec les progrès de l'âge, mais elle avait néanmoins conservé un son criard ; il s'était montré quelques vestiges de barbe ; tous les cheveux étaient tombés, à l'exception de quelques mèches longues et pendantes derrière l'occiput. Sa tête et sa face présentaient l'aspect d'une vieille femme ; la plupart de ses dents étaient tombées. Son cou était court ; poitrine grasse et potelée ; ses bras et ses jambes avaient la direction des membres de la femme ; sa taille, qui avait pris toute sa croissance à 13 ans, était de 5 pieds. A 38 ans il s'était opéré un changement total dans sa constitution ; il avait pris un certain embonpoint ; sa santé avait été parfaite, à l'exception d'une fièvre nerveuse qui l'attaqua à 40 ans. Il vécut ainsi jusque trois ans avant sa mort, où sa mémoire baissa, et où il perdit le goût de ses ouvrages en cire. Dans le mois de mars 1835, son regard prit un aspect hagard pendant quelques jours, au bout desquels Durgé ou Derier succomba à une attaque d'apoplexie foudroyante.

L'autopsie cadavérique fut faite par M. le professeur Mayer, l'un des anatomistes les plus distingués de l'Allemagne. M. Mayer est entré dans des détails qui paraîtraient fastidieux s'ils n'étaient justifiés par l'importance du sujet. Nous avons cru devoir rapporter fidèlement la description du professeur de Bonn, parce qu'elle jette le plus grand jour sur la nature véritable d'un individu qui avait joui d'une certaine célébrité à cause de la difficulté extrême de constater à quel sexe il appartenait ; elle nous apprend de plus qu'il peut exister de véritables hermaphrodites chez l'homme, c'est-à-dire

des organes sexuels mâles et féminins sur un même individu.

Autopsie. — Habitus extérieur.

Longueur du corps, 5 pieds; longueur des extrémités supérieures depuis le condyle de l'humérus jusqu'au bout du doigt médian, 2 pieds 4 pouces et quart; extrémités inférieures depuis le grand trochanter jusqu'au talon, 2 pieds 10 pouces trois quarts. Tête de forme féminine, petite, front étroit, bas, occiput bombé, cheveux rares et ne couvrant plus que la région occipitale; barbe peu marquée, cou court, larynx non saillant largeur des épaules 1 pied 2 pouces, boîte thoracique étroite supérieurement, courte, abdomen plus long, seins assez développés, mais mamelons flétris; bassin point large, arcade pubienne pas très-évasée; courbure des bras et des jambes comme chez la femme.

Description des organes à l'intérieur.

Langue courte, large, arrondie, papilles longiformes très-developpées; hyoïde petit mais très-ossifié; le cartilage thyroïde ne forme qu'une légère saillie, il est très-étroit mais d'un tissu assez dur de haut en bas; glande thyroïde assez volumineuse, du reste normale; cornes thyroïdiennes supérieures et inférieures très-longues; ligament crico-thyroïdien et cartilage cricoïde forts et développés; épiglotte courte et large; cavité du larynx peu large, cependant les cordes vocales supérieures et inférieures sont proportionnellement épaisses et fortes; trachée-artère étroite, ses cartilages plus mous que chez l'homme; poumons petits, le droit passagé seulement en deux lobes par une saillie peu profonde et incomplète, le gauche est conformé de même, de plus il est adhérent aux parois du thorax, au péricarde et au diaphragme; le poumon droit, à l'exception de quelques tubercules arthritiques de la grosseur d'un pois, est entièrement sain; le gauche contient un plus grand nombre de ces concrétions, surtout au bord interne du lobe supérieur.

Cœur gros, large, rond, a la forme d'un cœur de femme; sa structure est normale, et son parenchyme musculaire bien nourri; division des vaisseaux de la crosse de l'aorte naturelle.

Estomac de forme oblongue à muscle peu forts; rate adhérente au péritoine, d'une petitesse extrême, longue de 2 pouces et 10 lignes seulement, large d'un pouce 8 lignes; foie moyen; vésicule biliaire contenant une cinquantaine de petits calculs; canal intestinal normal; cœcum grand; appendice vermiforme large.

Seins peu développés; on ne peut y distinguer des granulations glanduleuses, à leur place on trouve une quantité de petits globules d'une graisse rouge-jaunâtre; le mamelon ne proémine que légèrement; il est percé de plusieurs petits trous qui ne sont autre chose que des cryptes sébacés, disposés seulement autour de l'aréole.

Reins oblongs, étroits, petits; capsules surrénales à l'état naturel.

L'Encéphale et nommément le cerveau, petits présentent entièrement l'organisation et la forme de cet organe chez la femme; il est arrondi et symétriquement convexe; lobes peu proéminens; circonvolutions nombreuses, mais étroites; les cuisses du cerveau courtes et d'une texture délicate; le pont de Varole et la moelle alongée, petits; les nerfs et particulièrement la cinquième paire plus faibles que chez l'homme; cervelet moins développé et déprimé, son hémisphère droit remarquablement plus petit que le gauche; il en est ainsi de tous ses lobes et lobules, mais les deux lobules ventriculaires sont surtout arrêtés dans leur développement. Du reste les lames du cervelet sont très-nombreuses; le cerveau présente également un moins grand développement de son hémisphère droit dont les trois lobes se font remarquer par une excavation à la base; corps calleux court; les couches optiques, les corps quadrijumeaux, la glande pinéale et les corps cannelés petits.

Crâne petit, ses os minces, mais solides, sutures non effacées; os de la face peu développés; arcade maxillaire supérieure dégarnie de dents; à l'arcade inférieure restent encore deux petites molaires et les incisives; apophyses mastoïdes assez fortes; front peu saillant, mais sommet de la tête et occiput servant à recevoir les lobes postérieurs plus larges; les bosses correspondantes au cervelet peu prononcées, la gauche plus bombée, la droite plus aplatie.

Colonne vertébrale régulièrement construite, mais les vertèbres, surtout les cervicales et les thoraciques, très-faibles; côtes frêles et aplaties, les troisième, quatrième, cinquième, sixième et septième à gauche sont fracturées, les quatre premières en deux endroits, la dernière en un seul, mais les fractures sont en grande partie consolidées; à ces différens points adhérait la plèvre intimement unie au poumon; le sternum et particulièrement son manche assez forts; tout le thorax est plus étroit que de coutume, principalement à sa partie moyenne, tandis qu'inférieurement il va en s'élargissant davantage.

Les os des extrémités supérieures sont proportionnellement plus développés, mais présentent un caractère féminin, la clavicule et l'omoplate surtout: la première est courte, arrondie, mince et très-courbe; l'avant bras forme avec le bras un angle assez marqué en dehors; la main est petite comme celle d'une femme.

Vertèbres lombaires peu grosses, le sacrum l'est davantage; angle sacro-vertébral peu proéminent.

Le bassin composé d'os forts et solides, est en général étroit et présente *d'une manière évidente la configuration d'un bassin d'homme;* son plus grand diamètre transverse d'une crête iliaque à l'autre a 9 pouces; de l'épine antérieure et supérieure d'un côté à celle du côté opposé, il y a sept pouces 8 lignes; diamètre transverse du détroit supérieur, 4 pouces 5 lignes; diamètre antéro-postérieur, 3 pouces 4 lignes; diamètre oblique, 4 pouces; diamètre transverse du détroit inférieur, 3 pouces, 8 lignes; diamètre antéro-postérieur, 2 pouces, 6 lignes; symphyse pubienne longue et étroite; trous ovales oblongs; l'arcade des pubis est celle d'un homme, formant un angle de 65 degrés; les portions latérales de



l'ilion ont une direction verticale; les cavités cotyloïdes sont plates tournées en avant, les tubérosités sciatiques se dirigent en bas et en dedans; tout le bassin est un peu inégal, oblique, de telle sorte que la moitié droite du petit bassin est plus petite et plus étroite que la gauche, et l'angle sacro-vertébral plus penché vers ce côté; extrémités inférieures d'un tissu osseux très-délicat, col du fémur très-court; trochanters faibles; genoux un peu courbés en dedans.

Description des organes génitaux en particulier.

Mont de Vénus peu arrondi; les poils qui le recouvrent sont clair semés et ne remontent pas jusqu'à l'ombilic, la région anale et le périnée sont également peu recouverts. Longueur du pénis jusqu'à la couronne du gland, 2 pouces; le gland lui-même a 9 lignes; la plus grande partie du pénis se cache sous la peau du mont de Vénus; les corps caverneux sont assez développés, présentent chacun un diamètre perpendiculaire de 8 lignes et ensemble un diamètre transversal de 4 lignes; tous deux sont séparés par une cloison; le corps spongieux manque; le prépuce ne recouvre le gland qu'à moitié; à l'extrémité du gland et un peu au-dessous se trouve une petite fossette (fossette naviculaire) d'où part un demi-canal qui représente le canal de l'urètre fendu; il est formé par deux plis de la peau qui en s'écartant postérieurement, peuvent assez bien se comparer aux nymphes, ce demi canal conduit à une ouverture ronde de la grandeur d'un tuyau de plume; les grandes lèvres dont la peau est froncée, forment le bord postérieur de cette ouverture, et la muqueuse lisse et unie son bord antérieur; à ce bord antérieur ou supérieur se trouvent deux replis cutanés longitudinaux entre lesquels le demi canal, représentant le canal de l'urètre, se continue en dedans; aux côtés du bord inférieur s'observent des vestiges de caroncules myrtiformes; l'ouverture circulaire se continue avec avec un vestibule long de 8 lignes qui conduit en haut dans le canal de l'urètre, et en bas dans un canal plus large qui figure le vagin: la cloison qui sépare en cet endroit le vagin et le canal urétral est découpée en demi-lune, et est située horizontalement; le canal de l'urètre se trouve à la racine du pénis et est en même temps entouré par la prostate, qui est ferme mais peu épaisse; le col de la vessie et la vessie elle-même sont régulièrement conformés; cette dernière est très-musculeuse et a des membranes très-fermes; les embouchures des uretères ne présentent rien d'anormal.

Le canal que représente le vagin est formé par une muqueuse délicate, pauvre en fibres musculaires; il est rempli par une mucosité verdâtre; au commencement il est entouré d'un réseau aréolaire et vasculaire dont on peut cependant facilement le séparer: ce tissu composé en grande partie de veines variqueuses, se continue en montant entre le vagin et l'urètre où il se perd insensiblement; en cet endroit on voit des troncs veineux en partir, et une forte artère s'y rendre. La longueur du canal vaginal est de 2 pouces 8 lignes, sa largeur en avant où il est le plus ample, de 10 lignes, et en arrière où il est le plus étroit de 6 lignes; sa surface interne est antérieurement un peu ridée, en arrière elle est lisse mais garnie de petites verrues très-fines, et on y remarque comme des cicatricules de forme étoilée ou réticulaire; le vagin se termine intérieurement par une portion rétrécie, une sorte d'isthme de structure spongieuse longue de 4 à 6 lignes. Derrière cet isthme qui figure en même temps l'orifice imperforé de l'utérus, commence l'utérus lui-même, qui, se continuant avec la direction oblique du vagin, monte derrière et entre la vessie et le rectum, en se dirigeant de droite à gauche, de manière que son fond se trouve au bord gauche de la vessie, au point de réunion du corps et du fond de cet organe.

L'utérus est extrêmement étroit; la longueur est de 2 pouces 6 lignes; on peut y distinguer un col et un fond, le col est plus menu; sa surface interne ne présente que quelques légers plis et plusieurs taches d'un jaune brun; sa cavité, qui contient un mucus gélatineux, est plus rétrécie que celle du vagin, et peut à peine recevoir un tuyau de plume; le fond est un peu plus large, et présente a peu près 6 lignes; le corps de l'utérus présente des plis plus prononcés et de nombreuses vésicules hydatiformes mêlées çà et là à des taches jaunes.

Les deux trompes s'abouchent exactement au fond de l'utérus; elles sont de longueur inégale, la trompe gauche a 3 pouces, 4 lignes; la droite 4 pouces, 4 lignes; leur canal est rétréci, mais complétement perméable jusqu'à l'ouverture abdominable qui est imperforée et se termine par plusieurs hydatides; les corps frangés existent, et on remarque des fibres musculaires assez fortes qui partent du fond de l'utérus, dessous le péritoine, passent pardessus sa face antérieure et la vessie, se dirigent vers l'anneau inguinal, et vont se perdre au dehors dans le tissu graisseux du mont de Vénus. Du côté droit, près de l'extrémité libre de la trompe est un petit corps ovale, aplati, auquel se rend un cordon de vaisseaux et de fibres musculaires; il est entièrement enveloppé dans le péritoine; sa forme est celle d'une petite amande; son parenchyme composé évidemment d'un tissu mou, jaune, filamenteux, ressemble tout à fait à celui d'un testicule; on peut très-bien en retirer les vaisseaux séminifères, et on reconnaît dans le cordon l'artère et la veine spermatique.

A gauche, derrière et un peu en dehors de l'ouverture abdominale de la trompe de ce côté, se trouve également un petit corps rond, aplati, et entouré de péritoine; mais son tissu est granuleux et se compose de petits grains conglomérés, de sorte qu'il ressemble plutôt à un ovaire qu'à un testicule.

Nous voyons donc ici les attributs mêlés de l'homme et de la femme, d'un côté un testicule en quelque sorte atrophié, il est vrai, un pénis et une prostate: de l'autre, un utérus avec ses trompes, un vagin, et à gauche un corps analogue à un ovaire.

M. Mayer fait encore observer, comme une chose digne de remarque, le développement presque nul d'un des

hémisphères du cervelet, anomalie que Gall avait soupçonnée déjà il y a 25 ans, à cause de l'indifférence de Dérier ou Durgé pour l'un et l'autre sexe. Il est à noter que, du côté droit, où le cerveau et particulièrement le cervelet étaient imparfaitement développés, il n'existait dans la cavité abdominale qu'un corps douteux, celui qu'on crut reconnaître pour un ovaire, tandis que, du côté gauche, il y avait un véritable testicule quoiqu'un peu atrophié. M. Mayer ajoute qu'il n'a observé cette configuration défectueuse du cervelet dans aucun autre cas d'hermaphrodisme, soit chez l'homme, soit chez les animaux.

Recherches sur la coïncidence de l'endocardite, de la péricardite avec le rhumatisme articulaire aigu; par M. V. Cazeneuve, D.M. P.

Tout le monde sait avec quelle facilité les tissus de même nature s'affectent sous l'influence d'une même cause; les membranes muqueuses nous en offrent de fréquens exemples; il n'est pas rare de trouver à l'autopsie des individus morts des suites d'une péritonite chronique, les autres séreuses affectées. Dans ces derniers temps M. Bouillaud a signalé la coïncidence fréquente de l'endocardite, de la péricardite avec l'arthritis. Cette observation est d'une haute importance en médecine pratique; elle est appelée à modifier la manière d'envisager les rhumatismes articulaires. Les faits suivans viennent à l'appui des recherches du professeur de la Charité.

Les anciens avaient observé que des malades affectés de rhumatisme articulaire étaient pris quelquefois d'étouffement, d'anxiété; mais persuadés que l'intégrité du cœur était indispensable au maintien de la vie, ils attribuaient ces phénomènes à une métastase sur le diaphragme, la plèvre, le poumon. Quelques-uns d'entre eux avaient bien signalé vaguement l'existence d'une goutte remontée au cœur; mais, outre qu'ils ne s'expliquaient pas sur la nature de ces métastases, ils ne voyaient là qu'un phénomène fort rare. Depuis que l'on fait avec soin les autopsies, on a pu constater l'existence de phlegmasies du cœur chez des individus morts pendant le cours de rhumatisme articulaire aigu. Ainsi Watson a consigné (Transactions philosophiques, Anat. et phys., année 1790), l'observation d'un jeune homme qui fut pris de dyspnée, de douleur à la région précordiale pendant la durée d'un rhumatisme. A l'autopsie, on trouva le cœur pâle, mou, adhérent au péricarde pariétal par des pseudo-membranes molles.

Mirabeau, sujet à des douleurs rhumatismales, meurt d'une péricardite horriblement douloureuse.

Corvisart est tenté de regarder les affections rhumatismales et goutteuses comme une cause fréquente de certaines adhérences du péricarde.

Pinel cite (Nosogr. philos., t. 2, p. 424) l'observation d'un potier de terre qui, affecté de douleurs rhumatismales dans les lombes, fut pris de dyspnée, d'étouffement avec infiltration générale. L'autopsie fit voir le péricarde organique rugueux, inégal; quelques tubercules dans les oreillettes; la pointe du cœur semblait ulcérée.

M. Mattey, de Genève, rapporte (Journal de Sédillot, t. 52, p. 144 et suiv.) deux faits de ce genre chez deux enfans de 8 et 9 ans. Chez l'un, la péricardite passa à l'état chronique : l'enfant mourut infiltré, après si mois de maladie. A l'autopsie, on trouva les deux feuillets du péricarde tout à fait adhérens au moyen de pseudo-membranes très-organisées; le cœur était hypertrophié. L'autre enfant offrit les mêmes phénomènes, les mêmes altérations. Ce médecin paraît avoir souvent observé cette complication, puisqu'il dit (ouvrage cité) que le rhumatisme du cœur est l'affection la plus fréquente qu'il a vue après celui des muscles volontaires. Il dit plus loin que les désordres organiques du cœur sont le plus souvent le résultat d'un rhumatisme mal traité ou méconnu dès son origine.

M. le professeur Broussais a signalé (propositions de pathol.) cette complication du rhumatisme.

Dundas David (Trans. méd.-chirurg., t. 1) rapporte plusieurs observations de rhumatisme articulaire avec phlegmasie du cœur.

Un fait analogue est consigné dans le tome 31 du Journal universel des sciences médicales, et dans une note qui accompagne cette observation, M. Mérat dit avoir vu souvent cette complication.

M. Raisin de Caen (Journal général de médecine, t. 55, p. 304) cite un cas où l'inflammation débuta par le cœur : ce ne fut que consécutivement que les articulations devinrent malades. M. Itard a consigné trois faits analogues dans sa thèse inaugurale (1824).

On trouve dans le Recueil de médecine vétérinaire, t. 3, année 1826, une observation fort remarquable de péricardite et de rhumatisme articulaire sur un mulet, rapportée par M. Olivier. L'autopsie fit voir les traces d'une péricardite intense, et du pus dans les articulations.

Enfin, MM. Chomel, Hope, Andral, Hollard, Sédillot, Itard, Johnson, Russel, etc., ont cité, soit dans leurs ouvrages, soit dans les recueils périodiques, des cas de rhumatisme articulaire aigu avec phlegmasie des enveloppes du cœur.

Tous ces faits passaient inaperçus lorsque M. le professeur Bouillaud, armé d'un grand nombre d'observations, a démontré la coïncidence fréquente des phlegmasies articulaires avec celle des séreuses du cœur.

Si cette complication n'a été assez généralement admise que dans ces derniers temps, c'est que l'auscultation et la percussion sont à peu près indispensables pour arriver au diagnostic des plegmasies du cœur.

L'endo-péricardite est-elle métastatique dans le rhumatisme articulaire, ou bien n'est-elle qu'une coïncidence? M. Bouillaud admet que c'est une coïncidence dont il établit la loi. D'après cet auteur, la moitié et plus des rhumatismes articulaires aigus, fébriles, est compliquée de phlegmasies des séreuses du cœur. Est-ce là la juste proportion? plusieurs auteurs l'admettent

d'après leur pratique. Quant à moi, je dois à la vérité de dire que, depuis peu de temps, j'ai eu occasion d'observer plusieurs cas (6) de rhumatisme articulaire aigu longtemps fébrile, tout à fait exempt de complication de phlegmasie du cœur.

Accès de rhumatisme antécédens ; rhumatisme articulaire aigu ; péricardite ; guérison.

Obs. I. — Benoît, âgé de 24 ans, pâle, d'une constitution peu forte, ayant eu deux attaques de rhumatisme articulaire, depuis cette époque essoufflé quand il monte un escalier, (je dois noter que pendant le cours du dernier accès de rhumatisme, le malade éprouva une dyspnée et des palpitations très-fortes qui ne durèrent que trois jours), est entré au Val-de-Grace le 7 février 1834, accusant trois jours de maladie. Couché au n. 30 de la salle 8, service de M. Gasc, il nous présenta les symptômes suivans : articulation tibio-astragalienne et fémoro-tibiale droites, tuméfiées, douloureuses, sans changement de couleur à la peau ; le plus léger mouvement de ces articulations était très-douloureux ; pouls *fréquent*, assez développé, peau chaude et pâle (diète, saignée 15 onces, cat. art. doul.). Le sang est couenneux.

Le 8 et le 9. A peu près le même état; le pouls est très-fréquent et développé, (diète, cat.)

Du 10 au 13. Les articulations de l'avant-bras et du bras droit sont devenues douloureuses elles sont peu tuméfiées, sans rougeur ; celles du membre pelvien ne conservent qu'un peu de gêne dans les mouvemens ; la réaction fébrile est toujours très-intense. (Gomme, verm.)

Le 14. Articulations peu douloureuses ; dyspnée très-forte, anxiété; le malade craint de développer le thorax dans les mouvemens inspiratoires, battemens de cœur très-forts, tumultueux ; l'auscultation fait entendre à la région précordiale, un craquement analogue au bruit de cuir neuf, le cœur me semble volumineux, pouls fréquent, peu développé ; son clair du thorax, respiration vésiculaire dans tout le poumon, absence de toux. (D. 30 sangs. région précordiale, cat.)

Le 15. Mêmes phénomènes, bruit de souffle isochrone aux battemens du cœur. (30 sangs. thorax, cat.)

Le 18. Dyspnée et anxiété moindres ; son mat à la région précordiale; absence de bruit de cuir neuf ; le pouls conserve sa fréquence et sa petitesse ; l'articulation scapulo-humérale droite devient douloureuse. (D. cat. thorax, 1 gros teint. digit. en frictions.)

Le 20. A peu près même état. (20 sangsues, thorax, cat.)

Le 22. Voussure manifeste de la région précordiale ; son mat de cette portion du thorax dans une grande étendue ; décubitus sur le dos, la dyspnée augmente quand il veut se coucher sur l'un des deux côtés ; léger bruit de souffle, les mouvemens du cœur semblent éloignés ; pouls concentré, moins fréquent, respiration vésiculaire dans tout le poumon ; l'articulation scapulo-humérale droite est encore douloureuse. (20 sangs. rég. précord. cat., frictions avec une once teinture de digitale, potion avec 20 gouttes teinture de scille et de digitale).

Le 24. Le malade se plaint d'uriner difficilement, du reste à peu près même état. (Idem).

Le 26. Urines abondantes, le pouls conserve toujours un peu de fréquence; il est plus développé que les jours précédens, le cœur semble aussi se rapprocher des parois thoraciques, l'articulation scapulo-humérale n'est plus douloureuse. (Verm, soupe, frict., teinture de digitale) ; le malade s'est promené dans la salle et le soir les jambes sont un peu infiltrées.

Le 28. Le pouls conserve toujours un peu de fréquence, le cœur est très-appréciable à la main, il parait volumineux.

Le 8 mars. Pouls à l'état normal ; le cœur s'entend dans une grande étendue, absence de bruit de cuir neuf, mais léger bruit de souffle, essoufflement facile, le malade dit éprouver encore une douleur sourde dans la région du cœur. Le soir, légère infiltration des extrémités inférieures. (Demie d'alimens.)

Le 16. Mieux, la région précordiale fournit un son mat, mais dans une moins grande étendu que les jours précédens ; elle est encore un peu voussée, léger bruit de souffle.

Le 30. La région du cœur est complétement indolente, elle fournit un son mat; bruit de souffle assez marqué. Ce militaire est sorti réformé vers la mi-avril, il est assez bien rétabli, il conserve toujours une disposition à l'essoufflement.

Dans les premières attaques de rhumatisme, le cœur a été irrité probablement dans sa membrane interne ; de là ampliation de cet organe, altération des valvules : et par suite, essoufflement du malade au moindre mouvement. L'anxiété, les palpitations, le bruit de cuir neuf. la matité très-étendue et la voussure de la région précordiale, l'infiltration des extrémités ; plus tard la diminution de la matité, le rapprochement du cœur des parois thoraciques, nous ont suffisamment indiqué l'existence d'une péricardite avec épanchement ; celui-ci a été peu à peu résorbé.

Mais l'endocarde n'était-il pas enflammé? le bruit de souffle pourrait le faire penser; cependant je ne le crois pas. La facilité avec la quelle le péricarde s'est laissé distendre par l'épanchement, nous indique assez que les deux séreuses de cet organe n'avaient contracté aucune adhérence, et que dans les premières attaques de rhumatisme il a existé surtout une endocardite. Le bruit de soufle perçu pendant le cours de la maladie pourrait bien être le résultat et de l'altération chronique des valvules et de la compression du cœur par l'épanchement péricarditique.

La voussure et la matité du thorax dépendaient de l'ampliation du cœur et de l'épanchement dans le péricarde. Les modifications présentées par l'artère radiale ont pu nous indiquer les progrès de l'exhalation et de la résorption du liquide épanché.

C'est après quelques jours de durée du rhumatisme que l'inflammation du cœur s'est montrée ; devons-nous

voir dans ce fait une simple métastase? cela peut être; je ne le pense pas néanmoins. La péricardite a persisté pendant que la douleur de l'épaule a reparu. Je crois de plus que si nous avions examiné le cœur dès l'entrée du malade à l'hôpital, nous l'aurions trouvé irrité; car le mouvement fébrile n'était pas en rapport avec l'intensité de la phlegmasie articulaire. Il n'est pas toujours très-facile de décider s'il y a métastase ou complication.

La diminution des urines dépendait-elle de l'emploi de la digitale, qui d'abord ralentirait, puis augmenterait la sécrétion urinaire?

Rhumatisme articulaire aigu; péricardite; guérison.

Obs. II. — Audibert, âgé de 22 ans d'un forte constitution, soldat au 8e léger, ayant déjà eu trois attaques de rhumatisme (la dernière il y a environ un an), fut pris, après s'être exposé au froid, le 10 février 1833, de douleurs dans les membres et de gonflement de l'articulation fémoro-tibiale droite. Entré à l'hôpital de Lille le 14, il fut couché au n° 28 de la salle 16, service de M. Dupuis. A notre première visite il nous présenta les symptômes suivans : articulation du genou droit chaude, douloureuse, tuméfiée; au côté interne de la rotule on sent une fluctuation obscure; insomnie; peau chaude et halitueuse; pouls développé, fréquent; langue muqueuse, canal intestinal sain. (Saignée de 15 onces : diète.) Le sang est couenneux.

Le 17, l'articulation est moins douloureuse et moins tuméfiée; le pouls conserve une très-grande fréquence. (Diète, catapl, lav.)

Le 19, douleur articulaire très-faible; anxiété; crainte de la mort; dyspnée très-grande; le cœur soulève violemment les parois thoraciques; le pouls est un peu irrégulier, fréquent (110, 112); respiration vésiculaire dans tout le poumon; insomnie. (Saignée de 15 onces; vingt sangsues sur les parois thoraciques; diète.)

Le 21, à peu près même état. (30 sangsues sur la région précordiale; diète.)

Le 25, amélioration; les battemens du cœur sont peu sensibles à la main; le pouls est fréquent, peu développé; les deux articulations radio-carpiennes sont devenues le siége d'une douleur vive et d'un gonflement.

Le 28. A peu près même état du côté des articulations; le thorax fournit partout un son clair, excepté à la région précordiale, où il est manisfestement mat; pouls fréquent, peu développé. (Bouillon, cataplasme.)

Le 6 mars, la douleur et la tuméfaction des poignets ont presque entièrement disparu; même état du côté du cœur, le pouls est moins fréquent. (Vermicelle.)

Le 10, convalescence. Sortie de l'hôpital le 25. A cette époque les battemens du cœur étaient très-forts; le pouls était développé.

Cette observation manque de détails, et surtout des détails relatifs à l'auscultation du cœur. A cette époque je m'étais peu occupé des bruits anormaux de cet organe. Cependant il est impossible de ne pas voir dans ce cas un rhumatisme articulaire avec phlegmasie du cœur. La matité très-étendue de la région précordiale me fait penser que c'était plutôt une péricardite avec épanchement, qu'une endocardite. Dans ce cas, était-ce une métastase ou une complication? sous ce rapport, les réflexions qui accompagnent l'observation précédente sont applicables, à celle-ci.

Je signalerai la persistance du mouvement fébrile après la disparition du gonflement articulaire. Il y a peu de temps encore, on invoquait des faits de ce genre pour prouver l'existence d'une fièvre essentielle rhumatismale.

Hypertrophie du cœur, péricardite, rhumatisme articulaire aigu; suppuration dans l'articulation affectée; érosion des membranes internes de l'estomac.

Obs. III. — F***, chirurgien militaire, âgé de 23 ans, d'une très-forte constitution affecté d'une hypertrophie du cœur, se blessa à l'indicateur de la main gauche le 4 juin 1833, à l'amphithéâtre de l'hôpital de Lille en pratiquant l'amputation partielle du pied par le procédé de M. Lisfranc, sur un sujet mort des suites d'une phlébite.

La petite plaie fut immédiatement lavée et cautérisée. Le soir, le doigt étant un peu douloureux, le malade me témoigna de l'inquiétude sur l'accident qui venait de lui arriver; je cherchai à le rassurer et appliquai un cataplasme.

Le 5. Le doigt est légèrement tuméfié et rouge.

Le 6. La rougeur s'étend un peu à la main.

Le 7. Quinze sangsues posées sur la main font bientôt disparaître la rougeur et la tuméfaction, et le 8, F*** sort pour vaquer à ses occupations. Le soir, il est pris d'un frisson léger.

Le 9. Toux rare et sèche, pouls concentré, fréquent; cette fréquence n'est pas en rapport avec les points de phlegmasie apparens pour nous; petit abcès sur la face dorsale de l'indicateur à l'endroit où la blessure avait été faite; une incision donne issue à une très-petite quantité de pus bien lié; le malade témoigne toujours de l'inquiétude sur son accident, il a eu une syncope.

Le 10. Pouls concentré, fréquent; douleur sourde à la région précordiale, le cœur se débat dans le thorax, toux peu fréquente, décubitus sur le dos de manière à ce que le tronc est fortement incliné en avant; toute autre position est insupportable. (Saignée 12 onces). Nuit assez calme.

Le 12. A peu près même état, douleur vive au niveau de la septième vertèbre cervicale : cette douleur est attribuée par nous à la position fortement fléchie du malade. (D. gomme).

Le 13. La douleur du cou a presque disparu, mais l'articulation huméro-cubitale droite est très-douloureuse : le malade peut à peine la remuer : le pouls est toujours fréquent, l'oreille posée à la région précordiale entend un bruit particulier et que je ne sais à quoi comparer (1), le cœur soulève avec force les parois

(1) C'était sans doute un bruit de cuir neuf ou de frottement.



du thorax; toux fatigante et sèche. La plaie du doigt indicateur est cicatrisée. (D. gomme).

Le 14. A peu près même état; le pouls est toujours fréquent; anorexie. (15 sangs. fossette sus-sternale).

Le 15. Apparition de plusieurs furoncles sur les membres inférieurs : constipation; le malade est toujours inquiet sur son état et le regarde comme mortel. (D. gomme).

Le 16. Pouls très-fréquent, l'articulation huméro-cubitale est très-douloureuse, un peu tuméfiée, mais sans changement de couleur à la peau. (D. lav. laxatif). Le soir mieux.

Le 18. L'articulation huméro-cubitale est toujours très-douloureuse, arrondie et tuméfiée; elle a au moins un quart de plus du volume de l'articulation du membre opposé. Le pouls est très-fréquent et concentré (D. gomme cat. art). Vers cinq heures, crainte de la mort; le malade veut se lever pour écrire son testament; à cette excitation succède un sommeil profond.

Le 19. Sueur abondante et générale; les traits sont tirés; pouls très-fréquent et un peu plus développé; apparition de boutons d'une couleur violacée au visage, *au cou et* à la poitrine. (Diète, gomme). Le soir, érysipèle à la joue droite et aux paupières; dyspnée très-grande, météorisme. (D. 30 sangs. région précordiale et hypochondre gauche. foment. émoll.) Délire pendant la nuit.

Le 20. Altération profonde de la face; pouls très-fréquent et toujours concentré; dyspnée très-grande; déglutition difficile, vomissement de matière verdâtre; réponses justes; sensibilité très-grande de toute la peau. Le soir tous les symptômes vont croissant d'intensité, soubresauts des tendons, pouls filiforme, confus, intermittent; dyspnée; l'érysipèle s'étend au front. (2 vésicatoires aux jambes, sinapismes aux pieds). Mort vers neuf heures et demie du soir).

Autopsie cadavérique 20 heures après la mort. *Appareil circulatoire*. Les deux feuillets séreux du péricarde recouverts d'une fausse membrane molle, blanchâtre, aréolée; deux onces environ de liquide sero-purulent dans la cavité du péricarde. Le cœur est très-volumineux, le ventricule gauche très-épaissi. Rien d'anormal dans les valvules, concrétions fibrineuses assez bien organisées dans les ventricules; rien d'anormal dans les artères ni les veines.

Hépatisation rouge de la base du poumon gauche dans une très-petite étendue.

Erosion de la muqueuse et de la musculeuse de l'estomac dans une assez grande étendue. Une très-grande quantité de pus bien lié dans l'articulation huméro-cubitale droite; les articulations sont saines.

Cette observation est intéressante sous plusieurs rapports. L'état fâcheux dans lequel se trouvait le moral de F*** par suite de sa blessure à l'amphithéâtre, l'a prédisposé à la double phlegmasie dont il a été atteint et dont le froid a été la cause occasionnelle. S'il est survenu plutôt une péricardite qu'une autre maladie, c'est que le cœur était hypertrophié; il jouissait d'une activité supernormale.

La péricardite a été presque complétement méconnue; la fréquence du pouls, qui était sans harmonie avec les autres symptômes, aurait dû cependant engager le médecin à examiner avec soin l'organe central de la circulation. Cette phlegmasie aurait été sans doute diagnostiquée, et partant le traitement plus actif.

La scène morbide a commencé par la péricardite, et le rhumatisme n'est venu que secondairement; ce n'était donc pas une métastase, mais bien une coïncidence.

La douleur éprouvée par le malade à la partie inférieure du cou était de nature rhumatismale; elle a disparu en même temps que l'articulation du coude est devenue douloureuse; de plus, cette douleur coexistait avec une péricardite.

Le pus trouvé dans l'articulation démontre que l'arthrite rhumatismale est une phlegmasie du tissu séro-fibreux articulaire. En effet, les systèmes veineux et artériels sont sains; la saignée a été faite au bras gauche et le rhumatisme est à droite : l'articulation huméro-cubitale est seule affectée, et les signes de l'amas d'un liquide dans cette partie ont été précédés, pendant quelques jours, d'une douleur très-vive dans cette articulation; il n'existe aucun abcès métastatique dans les viscères; ce n'était donc pas une infection purulente. Toutefois je dirai que cette inflammation articulaire a duré à peine huit jours; la quantité de pus dans l'articulation était très-considérable pour un temps aussi court.

Le ramollissement et presque la perforation des membranes de l'estomac est un fait fort remarquable, et qu'il était impossible de prévoir vu le bon état de la nutrition. N'est-ce pas à cette altération qu'on doit rapporter l'anorexie, le vomissement, la douleur épigastrique éprouvés par le malade? on sait que ces symptômes ne sont pas rares dans les faits de ce genre.

L'apparition et l'aspect violacé des furoncles ne dénotaient-ils pas une altération profonde du sang, et dans ce cas d'où provenait cette altération? était-elle le résultat de l'introduction dans le sang de quelques molécules hétérogènes déposées dans la plaie par le couteau à amputation? Cela n'est pas probable. Dépendait-elle de l'état fâcheux dans lequel se trouvait le système nerveux? je ne le crois pas. Etait-elle (cette altération) le résultat d'une résorption purulente, et dans ce cas, le péricarde rempli de pus était-il un foyer d'infection? c'est possible. Au reste, n'insistons pas trop sur ces hypothèses plus ou moins admissibles.

Le traitement a été trop peu actif. Sans aucun doute, si on avait cru à l'existence d'une péricardite, les émissions sanguines auraient été beaucoup plus multipliées; au reste, ce fait prouve combien le diagnostic influe sur la thérapeutique. Il n'existait aucun rétrécissement dans les divers orifices du cœur, et le ventricule gauche était très-hypertrophié. Le système musculaire était généralement très-développé chez ce sujet.

Rhumatisme, endopéricardite chronique; recrudescence.

Obs. IV. — Dugelay, 27 ans, d'une forte constitution, ayant toujours joui d'une bonne santé, fut pris, il y a dix ans, à la suite d'un refroidissement, d'un rhumatisme qui a parcouru plusieurs articulations et dont la durée a été d'un mois et demi. Des sangsues posées *loco dolenti*, plus tard des vésicatoires ont constitué tout le traitement. Ce rhumatisme s'est renouvelé plusieurs fois, et ce malade dit n'avoir pu travailler comme à son ordinaire pendant trois ans. Il ajoute que pendant la première attaque de rhumatisme il a été pris d'étouffement; que depuis cette époque, il a éprouvé des palpitations; ces palpitations ont augmenté et sont devenues plus fortes à mesure que les attaques se sont répétées. Il dit aussi avoir les jambes infiltrées quand il marche plus qu'à l'ordinaire. Entré le 6 mars 1836 au Val-de-Grâce, salle 11, service de M. Broussais père, il accuse six jours de maladie et ne sait à quoi attribuer cette recrudescence.

Le 7, il nous a présenté les symptômes suivans : voussure et matité de la région précordiale dans l'étendue environ de trois pouces et demi carrés; frémissement cataire très-prononcé; la point du cœur n'est pas nettement sentie, quoique cet organe semble très-superficiellement placé; on aperçoit le double mouvement des oreillettes et des ventricules; on entend un bruit de soufflet prolongé isochrone à la dilatation ventriculaire et qui masque presque entièrement les autres bruits du cœur, pouls médiocrement développé, fréquent (108, 110), douleur et léger gonflement de l'articulation radio-carpienne droite; le canal intestinal est sain; absence de toux, absence de bruit anormal dans le poumon. (Saignée 15 onces, ventouses scarifiées à la région précordiale; pot. digitale 20 gouttes, cataplasmes sur l'articulation.)

Le 8. Mieux sensible. (40 sangs. région précordiale, potion digitale 30 gouttes.)

Le 11. Amélioration très-grande, le pouls est à 60 p., frémissement cataire moindre, la matité semble aussi avoir un peu moins d'étendue, le bruit de soufflet, beaucoup moins prononcé, s'entend encore entre la 5e et la 6e côtes gauches, et à un demi pouce environ en-dedans du mamelon correspondant; il masque en partie le bruit valvulaire, cependant en auscultant sur le sternum et à un pouce et demi de son extrémité inférieure, il me semble entendre le bruit de soupape du cœur; le gonflement de l'articulation radio-carpienne a disparu. (Soupe, verm.)

Quelques jours après, ce malade est tout aussi bien qu'il peut l'être; il présente encore tous les signes d'une grave maladie des séreuses du cœur. Sorti de l'hôpital le 24.

Dans la première attaque de rhumatisme, les deux séreuses du cœur ont été enflammées. et c'est par suite des lésions qui ont succédé à ces phlegmasies, que le malade est resté essoufflé, palpitant, disposé à l'infiltration. Le point où le bruit de soufflet est perçu, me fait penser que la valvule mitrale est le siége principal de l'affection. En effet, c'est pendant la dilatation ventriculaire, un peu en dedans du mamelon gauche et entre les cinquième et sixième côtes, qu'on l'entend. Ce bruit est dû évidemment au frottement, au retrait du sang par suite de l'insuffisance valvulaire. C'est par suite de cette lésion que le cœur a augmenté de volume.

Dans ce cas encore les phlegmasies du cœur et de l'articulation ont débuté simultanément, il y avait coïncidence; la phlegmasie articulaire ne rendait pas compte de l'intensité du mouvement fébrile.

Ce malade nous a présenté une particularité que je suis bien aise de signaler : les battemens du cœur étaient superficiels; on pouvait apprécier les mouvemens des oreillettes et des ventricules; la pointe du cœur n'était pas nettement sentie à la main; le pouls, quoique fréquent, était mou.

De quoi dépendaient ces phénomènes? Je pense qu'ils annonçaient des adhérences intimes entre les deux feuillets du péricarde et du feuillet fibreux avec les parois thoraciques. J'ai eu occasion d'observer plusieurs faits analogues, et l'autopsie a malheureusement confirmé le diagnostic porté.

Dans les cas de ce genre, on entend presque toujours un bruit de souffle dû à une insuffisance valvulaire, lors même que ces soupapes sont parfaitement saines. L'on conçoit en effet que le cœur, par suite de ces adhérences, ne refoule pas fortement la colonne sanguine; les valvules, dans les mouvemens de systole, ne peuvent pas obturer parfaitement les orifices du cœur; de là reflux du sang dans les ventricules; de là le bruit de souffle. Les adhérences du péricarde, surtout, quand le feuillet fibreux adhère au thorax, sont, je crois, une cause puissante de dilatation du cœur, une cause d'insuffisance valvulaire, et par suite d'infiltration générale. J'ai pardevant moi deux faits d'anasarque qui ne reconnaissaient pas d'autre cause. J'insiste à dessein sur l'importance du diagnostic de ces adhérences du péricarde, non que cette lésion soit curable, mais bien parce qu'elle peut indiquer au médecin la nature de la cause de quelques hydropisies générales. Dans le cas qui nous occupe, ce symptôme manquait, les extrémités inférieures étaient seulement infiltrées; la lésion du cœur n'était pas, sans doute, très-avancée.

Je n'ai pas observé une espèce d'ondulation à la partie supérieure du ventre, signalée par Sander comme symptôme des adhérences des deux feuillets séreux du péricarde.

Rhumatisme; péricardite chronique; gastro-entérite aiguë; mort; autopsie.

Obs. V. Schitz, âgé de 38 ans, sujet à des attaques de rhumatisme articulaire, entra à l'hôpital de Lille le 30 décembre 1832, pour un eczema au coude. Cette maladie disparut bientôt; et, dans le but d'améliorer les douleurs rhumatismales, on prescrivit le sirop sudorifique, la tisane de salsepareille et la teinture de colchique. Cette médication a été continuée depuis le 21 janvier

jusqu'au 3 avril. Le malade était aux trois quarts d'alimens.

Vers la fin de février, il survint à la partie interne et supérieure de la cuisse droite une inflammation aiguë du tissu cellulaire sous-cutané; des sangsues, des cataplasmes furent posés *loco dolenti;* le pus s'amassa en foyer; on ne voulait pas l'ouvrir, pensant que c'était un abcès par congestion.

Le 3 avril, il survint une irritation aiguë du canal intestinal; l'alimentation fut un peu diminuée; du reste, mêmes prescriptions pharmaceutiques.

Les 6 et 7, pour remédier à des vomissemens opiniâtres, on donna de l'opium, de la teinture de colchique. Enfin, le 9, transféré dans un service de fiévreux, il nous présenta tous les signes d'une gastro-entérite aiguë intense, avec délire. Le pouls était très-fréquent, peu développé, facile à déprimer; *les mouvemens du cœur étaient superficiels.* (L'abcès fut ouvert, des sangsues furent posées à l'épigastre et sur le trajet des jugulaires.) Le malade mourut le 12.

A l'autopsie, on trouva les traces d'une vive inflammation de la muqueuse intestinale; l'estomac et le duodénum étaient surtout altérés. Les deux feuillets séreux du péricarde adhéraient entre eux dans toute leur étendue; les cavités du cœur agrandies sans aucune altération du tissu musculaire ni de l'endocarde.

Ce militaire avait eu plusieurs attaques de rhumatisme et nous trouvons à l'autopsie les traces d'une ancienne péricardite. Encore dans ce cas mouvemens du cœur superficiels, pouls mou, facile à déprimer et gêne de la systole du cœur par suite des adhérences du péricarde. L'ampliation du cœur était due à ces adhérences. Les excitans tels que le colchique, la salsepareille, etc., sont-ils étrangers à la gastro-entérite qui a enlevé le malade? je ne le pense pas.

Obs. VI. — Il y a quinze jours environ, un militaire passant au Mans pour se rendre dans sa famille avec un congé de réforme, vint solliciter auprès de moi les moyens de transport, disant qu'il ne pouvait marcher, ses jambes étant infiltrées. Je dus examiner le cœur; je trouvai un beau frémissement cataire et un bruit de râpe isochrones à la systole ventriculaire.

Questionné s'il est sujet à des rhumatismes articulaires, il me dit qu'il en avait eu trois attaques; que depuis cette époque il avait éprouvé des palpitations, des étouffemens, et que, depuis cette époque aussi, les jambes s'infiltraient quand il restait longtemps debout. Je voulais l'envoyer à l'hôpital, désirant l'examiner avec plus de soin; il avait hâte de rentrer dans ses foyers, venant de perdre son père.

Je ne résumerai pas les principales circonstances des observations ci-dessus, les réflexions qui accompagnent chacune d'elles peuvent m'en dispenser; de plus je n'ai voulu que rapporter des faits : cependant je dirai que dans nos deux premières observations la phlegmasie du cœur a été constatée quelques jours après le début du rhumatisme; que cette phlegmasie a persisté pendant que les articulations sont redevenues douloureuses. Je pense que si nous avions examiné le cœur nous aurions constaté plutôt l'existence de la phlegmasie de cet organe. Dans la troisième observation la scène morbide a commencé par le cœur, le rhumatisme articulaire est venu plus tard. Dans notre quatrième observation les deux phlegmasies du cœur et des articulations ont débuté simultanément. L'endocardite et la péricardite ne sont donc pas une métastase dans le sens accordé à ce mot, mais bien une coïncidence. Je ne sais si dans la moitié des rhumastismes articulaires aigus il existe une phlegmasie du cœur; mais ce qu'il y a de certain c'est que depuis que M. le professeur Bouillaud a éveillé l'attention sur ce point de pathologie un grand nombre de médecins ont constaté cette coïncidence.

Le bruit de souffle est le symptôme qui manque le plus rarement dans l'endocardite. Ce bruit ne dépend pas du mouvement fébrile; car il n'existe pas dans tous les rhumatismes très-aigus; il n'existe pas dans les phlegmasies avec réaction fébrile intense lorsque le cœur ne participe pas lui-même à l'inflammation : du moins tel est le résultat des nombreuses observations comparatives que j'ai faites.

J'ai dit dès le commencement de ce travail que la découverte de cette coïncidence était d'une haute importance en médecine pratique. En effet, le plus grand nombre de cas de rhumatismes articulaires mortels le sont devenus par la phlegmasie du cœur. Si on avait traité activement cette phlegmasie on aurait pu sans doute conserver les jours de quelques malades; d'autant que les inflammations, dites rhumatismales, cèdent plus facilement que les autres à un traitement approprié. Cette coïncidence devra aussi être prise en considération dans le pronostic de l'arthrite aiguë.

Cette coïncidence étant bien constatée (elle l'est, je crois, suffisamment aujourd'hui), il est impossible de ne pas admettre la nature phlegmasique du rhumatisme contestée par quelques auteurs.

L'endocardite et la péricardite expliquent naturellement, dans certains cas, la persistance du mouvement fébrible après la disparition de la phlegmasie articulaire et aussi le peu de rapport qui existe quelquefois entre ce mouvement fébrile et le gonflement des articulations.

La connaissance de cette complication doit engager les médecins à traiter plus activement qu'on ne le faisait les phlegmasies articulaires. L'endo-péricardite sera d'autant moins fréquente et surtout d'autant moins grave que le traitement du rhumatisme sera plus énergique. Je n'ignore pas que des phlegmasies du cœur sont survenues pendant le cours de rhumatismes articulaires aigus contre lesquels on avait déployé un traitement antiphlogistique très-actif. Ces faits ne me semblent pas infirmer ce que je dis; je pourrais aussi citer plusieurs observations de péricardite rhumatismale guéries très-rapidement sous l'influence des émissions sanguines répétées.

——

Sur les pieds-bots congéniaux, par le docteur VINCENZO-COLOSIMO.

Après avoir jeté un coup-d'œil rapide sur l'histoire pathologique et thérapeutique des pieds-bots, l'auteur pose en principe que c'est chez les jeunes sujets que la cure est le plus facile et qu'il faut conséquemment la tenter sans délai. Il a eu à traiter un jeune enfant à laquelle il a appliqué un appareil de son invention et qui est parfaitement guérie. Voici comment il procède :

Il rétablit le pied dans une position normale avec les mains, ce qui se fait sans nulle difficulté, surtout si l'on a relâché préalablement les parties à l'aide de bains ; et on soutient cette rectification en entourant le pied d'un bandage en forme de spica. Sur ce bandage on applique l'appareil dont voici la description :

La première pièce de l'appareil est une attelle d'acier, d'un demi pouce de largeur, qui s'étend dans toute la longueur de la jambe jusqu'à la semelle du soulier. A la partie postérieure elle doit porter une petite traverse, et une autre semblable au coude-pied sur la malléole externe. Sous la traverse inférieure l'attelle est repliée en dehors autant qu'il est nécessaire pour attirer le pied en ce sens et le maintenir en position normale. Les traverses sont munies de quatre clous à bouton pour fixer l'attelle sur la jambe au moyen de courroies pourvues de trous, dont l'une tombe sous le genou, l'autre sur le coude-pied.

La seconde pièce est une plaque rectangulaire munie d'une mortaise oblongue dans laquelle vient se fixer la partie inférieure de l'attelle, figurée de manière à s'y enchasser d'une manière solide. Cette plaque doit être cousue dans la semelle du soulier, en sorte que sa mortaise seule ressorte en dehors pour recevoir l'attelle.

La troisième pièce est une bottine en peau molle, telle que le veau anglais, montée sur une semelle solide, à laquelle est cousue la plaque indiquée. La bottine lacée en avant porte un contrefort de cuir fort derrière le talon, qui monte jusque sous la malléole, et est cousue à la bottine à la manière ordinaire. Le tout doit être bien rembourré, principalement l'attelle et ses courroies. A l'attelle on peut ajouter un ressort qui remplace sa partie inférieure et attire davantage le pied en dehors ; ce ressort serait fixé à la partie supérieure de l'attelle au moyen d'une vis de pression qui permettrait de la raccourcir ou de l'allonger à volonté.

On applique cet appareil sur la jambe et le pied de l'enfant, et on réitère cette application tous les deux jours. Il ne faut pas, ajoute l'auteur, regarder au temps. L'appareil doit être continué pendant deux ans en allongeant le ressort et augmentant les dimensions de la bottine autant que cela devient nécessaire. Il ignore d'ailleurs si cette bottine aurait la même efficacité sur des enfans de 7 à 12 ans ; cela est probable, toutefois si les os n'étaient point déjà hypertrophiés et les facettes articulaires détruites ; mais alors le cas serait rebelle à tous les appareils.

Il faut faire la plus grande attention à la manière dont les enfans commencent à marcher ; regarder comme ils portent le pied et comme ils appuient la plante. M. Colosimo a noté que dans la déviation congéniale, ordinairement les enfans portent la pointe du pied inclinée en dedans. L'attelle droite ne peut rien contre cette tendance ; il faut alors y joindre une autre pièce d'acier consistant en un arc de cercle fixé par une extrémité à l'attelle au-dessous de la traverse inférieure et dont l'autre extrémité va rejoindre le bord externe du pied au niveau de l'articulation du métacarpe avec les orteils.

Pour les nouveau-nés, cet appareil serait trop lourd ; l'auteur se contente d'une semelle solide fixée à deux attelles parallèles, lesquelles sont unies à la jambe à l'aide de courroies suffisamment rembourrées. Il faut les resserrer tous les jours.

L'appareil de M. Colosimo a les inconvéniens de tous les appareils mécaniques employés chez les très-jeunes sujets : il détermine une compression douloureuse et presque toujours insupportable sur un ou quelques points particuliers, et il est susceptible de se relâcher. L'auteur n'a pas méconnu ce dernier inconvénient, puisqu'il parle de deux ans de traitement. M. Colosimo n'aurait pas sans doute hésité à lui préférer l'emploi du plâtre coulé, s'il avait eu connaissance des succès obtenus par ce mode de traitement.

(*Il Filiatre Sebesio.*)

JOURNAL HEBDOMADAIRE

DES

PROGRÈS DES SCIENCES

ET

INSTITUTIONS MÉDICALES.

SEPTEMBRE 1836.

N° 36. — 3 SEPT.

De l'onyxis; par M. J.-L.-H. JARDON, de Boulogne-sur-Mer, docteur en médecine. (SUITE).

Le procédé de M. *Guilmot*, celui presque identique de M. *Sommé*, bien que reposant l'un et l'autre sur un excellent précepte, la soustraction de la cause, ont aussi l'inconvénient de ne remédier que momentanément au mal, parce que cette cause tend à se reproduire dans la mesure de l'accroissement de l'ongle; mais comme ils ne sont destinés à combattre que des cas peu graves, que des onyxis du premier degré, souvent encore exempts d'ulcérations, il serait déraisonnable de ne pas les préférer à d'autres procédés d'un emploi plus douloureux. Il faut reconnaître cependant qu'en étant à la pulpe de l'orteil l'appui que lui fournit l'un des angles de l'ongle, ils favorisent son élévation, lui laissent la latitude de déborder cette partie, lui permettent de contracter l'habitude de cette position, et préparent ainsi une incarnation très-grave de l'ongle, *si on le laisse* repousser. On est donc condamné, après cette légère opération, à tenir, comme le recommande M. *Guilmot*, l'ongle toujours très-court et bien aminci dans le sens indiqué par la résection. Mais, à part cette légère sujétion, ces procédés sont parfaitement convenables au premier degré de l'onyxis.

L'avulsion de l'ongle, soit par le procédé de *Dupuytren*, soit par celui de M. *Blaquière*, aujourd'hui assez fréquemment employée, ne me paraît pas non plus mériter toute la faveur dont elle jouit. Je me hâte cependant de la justifier du reproche mal fondé qu'on lui a adressé, en la jugeant défectueuse parce qu'elle s'adresse à l'ongle, c'est-à-dire, à la partie qui n'est pas le siége de la maladie; car il est bien évident que si l'ongle n'est pas le siége du mal, il a du moins concouru énergiquement à sa production, et que, lorsque celui-ci est développé, c'est lui seul qui, agissant à la manière d'une épine, l'entretient et l'exaspère. Il est donc très-rationnel d'éliminer un élément aussi actif de désordre, et rien ne me semble pouvoir justifier le reproche adressé à cette méthode, qui ne doit en réalité sa faveur qu'aux résultats heureux et prompts de l'arrachement de l'ongle.

Il faut tout dire cependant: ce procédé a de graves inconvéniens; il cause d'excessives douleurs, et, bien que le manuel du professeur *Dupuytren* soit très-rapide et ménage le plus possible la sensibilité des parties, il n'en est pas moins des plus douloureux; il expose à des échappées que des mains peu exercées peuvent facilement prolonger jusqu'au métatarse, il n'est en définitive que palliatif toutes les fois que la matrice de l'ongle a été modifiée dans sa forme par la pression des chaussures (cas plus communs qu'on ne pense), puisqu'alors son produit repousse dans sa vicieuse direction; aussi a-t-on vu des cas où la maladie s'est reproduite deux et trois fois. La guérison est presque toujours entravée par la formation de productions cornées irrégulières qui sortent du fond de la matrice de l'ongle, productions que l'on est forcé d'arracher avec de nouvelles douleurs, et qui reparaissent quelquefois indéfiniment. Parfois même, quand l'ulcération est trop profonde ou qu'il s'est formé des végétations trop considérables, l'ongle repousse avant que le fond de la rainure soit disposé à se cicatriser, et presque tout est à recommencer. Aussi le procédé de M. *Bégin*, qui cause moins de douleurs, qui n'a presque aucun des inconvéniens que je viens de signaler, et qui arrive à des résultats aussi satisfaisans et aussi prompts, me paraît-il préférable, quoiqu'il ne soit lui-même qu'un procédé palliatif.

Le professeur *Dupuytren* avait si bien remarqué que la reproduction de la maladie était chose fréquente après l'emploi de sa méthode, qu'il détruisait parfois la matrice de l'ongle par le cautère actuel, lorsqu'il prévoyait une reproduction vicieuse de celui-ci, ou qu'une première opération n'avait pas réussi. C'était rendre son procédé réellement curatif, car nulle récidive n'est possible après la complète destruction de l'organe sécréteur de la matière cornée; et, sous ce rapport, l'opération, ainsi modifiée, mérite d'être recommandée dans les cas graves que plusieurs récidives signalent comme réfractaires aux moyens ordinaires. Mais la douleur extrême que doit causer une telle opération,

et la difformité qui en résulte, ne doivent y faire recourir qu'avec une grande réserve.

J'arrive à la méthode thérapeutique de M. Brachet de Lyon, méthode peu employée aujourd'hui, que je sache, et pourtant la seule (si j'en excepte le procédé avec ustion de *Dupuytren*) qui me paraisse pouvoir le disputer au procédé de M. *Vésignié*, et devoir guérir radicalement l'ongle incarné proprement dit. Que faut-il faire, en effet, pour obtenir la cure radicale de cette affection? Ramener l'ongle et sa matrice à leur configuration normale, ou bien éliminer pour toujours l'agent passif sur lequel viennent se couper les chairs, c'est-à-dire, détruire l'ongle dans sa source, ou enfin faire disparaître à jamais les chairs qui, placées sous son bord et en dehors de lui, sont à chaque instant refoulées contre son tranchant par les pressions du gros orteil sur le sol. En dehors de ces trois grandes indications, il n'y a pas, il ne peut y avoir, j'ose le dire, de cure véritablement définitive. Nous avons vu à quel prix le professeur *Dupuytren* remplit la seconde; voyons maintenant, avant de passer à l'appréciation du procédé nouveau, ce qu'il en coûte au malade pour que la troisième soit bien remplie.

Je suis loin de croire, quoiqu'on l'ait dit et répété, que le procédé de M. *Brachet* doive être considéré comme une ressource extrême de l'art, à mettre presque sur le même rang que l'amputation de l'orteil; je pense, au contraire, que, eu égard à ses prompts et heureux résultats, il est en somme moins douloureux que la plupart des autres, et qu'il est certainement moins cruel que l'arrachement de l'ongle et l'ustion ou l'excision de sa matrice; il est d'ailleurs d'une exécution rapide, et trop peu laborieux, dans tous les cas, pour faire souffrir longtemps le patient. Un paragraphe de l'auteur, que j'ai transcrit plus haut, atteste, en outre, que la plaie est facilement conduite à la guérison. Quoi donc de plus simple que ce procédé? Mais fût-il très-douloureux, susceptible même de quelques accidens, il devrait encore l'emporter sur tous les autres (dans les cas graves au moins), parce qu'il guérit rapidement, radicalement surtout, et qu'il laisse intact un corps préservateur, l'ongle, dont la présence sur la face dorsale de l'orteil n'est certainement pas inutile.

S'il était possible de limiter exactement l'action de la potasse caustique, le procédé de M. *Levrat-Peroton*, qui ne diffère du précédent que par le moyen d'exécution, mériterait peut-être la préférence; car, outre l'avantage d'obtenir plus facilement l'adhésion des malades, auxquels les opérations sanglantes répugnent toujours extrêmement, il paraît avoir encore ceux de faire taire rapidement les douleurs de la maladie, par modification des parties, et de permettre aux malades de se livrer à leurs occupations habituelles peu après la formation de l'escarrhe : c'est là du moins ce qu'avance l'auteur, qui étaie son procédé des résultats d'expériences assez nombreuses. Je crois qu'en substituant à la potasse caustique la pâte de chlorure de zinc, dont on peut à volonté limiter ou étendre l'action en surface et en profondeur, on rendrait ce procédé assez sûr pour qu'on dût toujours le préférer à celui de M. *Brachet* chez les sujets pusillanimes.

Quoique j'aie déjà décrit fort en détail le procédé de M. *Vésignié*, je m'y arrêterai encore quelques instans pour compléter la pensée de l'auteur, apprécier le mode d'action de l'instrument, et déterminer les cas dans lesquels son emploi me paraît devoir être préféré.

Bien que le levier que représente l'instrument de M. *Vésignié* soit très-défavorablement disposé pour un emploi avantageux de la puissance, celle-ci n'en reste pas moins capable de produire tous les effets qu'on en attend, parce que la force dont elle dispose, et qui est représentée par le mouvement de la vis, est en quelque sorte illimitée. Il est d'ailleurs toujours loisible de diminuer assez la résistance de l'ongle pour que le redressement de ses bords n'exige pas une grande tension des agrafes, et par suite n'entraîne point une pression douloureuse à la surface qui leur sert de point d'appui.

Le grand avantage qu'offre ce procédé, c'est de relever les bords de l'ongle sans refouler sa matrice comme celui de *Fabrice d'Aquapendente*, et sans susciter les intolérables douleurs de celui de *Desault*. Comme on peut procéder graduellement à ce redressement, rien n'oblige à séparer l'ongle de son organe producteur au niveau de ses bords : cet organe, peu à peu entraîné, suit les bords de son produit qui se relèvent, et si l'instrument reste assez longtemps appliqué, il contracte l'habitude de cette nouvelle position, et finit par mettre à l'abri de toute récidive, si les causes qui l'ont une première fois déformé ne se retrouvent plus en action.

Si, comme il arrive assez souvent, le bord incarné de l'ongle est d'avance séparé de sa matrice dans une certaine étendue, les agrafes, en redressant ce bord, en soustrayant pendant longtemps l'organe générateur à la compression qu'il exerçait, permettent à ce dernier de reprendre sa direction et son niveau normal, et, dans ce cas encore, assurent la guérison.

Le redressement du bord incarné a pour effet immédiat de soustraire les chairs déchirées à l'épine qui les blessait : qu'elles soient toujours alors disposées à une prompte cicatrisation, je le conçois pour les cas légers; mais dans les cas graves, lorsque d'énormes fongosités débordent l'ongle, et qu'une matière sanieuse se produit et croupit, dans le fond du sillon, il est au moins douteux que le redressement de l'ongle puisse suffire à la guérison. Le silence que garde M. *Vésignié* sur le traitement accessoire qui conviendrait alors, semble indiquer qu'il n'a encore employé son instrument que dans des cas de gravité médiocre; et je suis d'autant plus disposé à penser ainsi, qu'il me paraît très-difficile, pour ne pas dire impossible, d'aller porter l'agrafe sur le bord de l'ongle à travers la masse fongueuse qui, quelquefois le surmonte, et qui, en s'élevant, l'enfonce relativement à une grande profondeur.

C'est aux cas de moyenne intensité, comme aussi à tous ceux qui ne sont qu'à leur début, que me semble devoir être borné l'emploi de la méthode de M. *Vésignié*. Dans ces circonstances, elle sera indubitablement préférée à toutes les autres, non-seulement parce qu'elle

l'emporte sur toutes par sa bénignité et la facilité de son emploi, mais encore parce qu'elle est du petit nombre de celles qui peuvent procurer une guérison radicale. J'ajouterai cependant que pour qu'elle soit bien réellement curative, il faut que les agrafes restent appliquées pendant très-longtemps: M. *Vésignié* ne me semble pas avoir assez insisté sur ce point, que je considère comme très-important. Vouloir changer la direction de l'ongle, c'est vouloir faire subir une semblable modification à sa matrice : il faut du temps pour cela, et j'incline fort à croire que si on ne laissait appliquées les agrafes que pendant le temps nécessaire à la cicatrisation des chairs, on n'aurait remédié qu'à un accident de la maladie, et rien fait pour la cure radicale.

Si l'on voulait essayer ce procédé dans les cas d'ongles rentrés devenus très-graves, il serait rationnel d'enlever préalablement toutes fongosités exubérantes avec l'instrument tranchant, à la manière de M. *Bégin;* on arriverait ainsi facilement au bord incarné de l'ongle, et sûrement que l'application des agrafes et quelques cautérisations avec le nitrate procureraient bien vite la cicatrisation. Mais dans tous les cas de cette nature je préférerais encore, comme plus expéditive, la méthode de M. *Brachet*.

J'omets à dessein de discuter la valeur du procédé de M. *Lafaye;* il méritait à peine une mention.

Le traitement de la seconde forme d'onyxis que j'ai décrite, de celle qui a son siége au pourtour de la base de l'ongle, varie avec son degré de gravité. Si la marche en est franchement inflammatoire, du pus se forme bientôt sous l'ongle, et le détache dans une étendue variable : il faut alors seconder le travail de la nature, et pratiquer l'avulsion de ce corps pour faire cesser toute compression et donner une libre issue au pus; puis, après avoir détergé la partie suppurante, on l'abritera du contact de l'air par une compresse fenêtrée enduite de cérat et recouverte d'un léger plumaseau de charpie.

Ces soins suffisent souvent pour procurer une guérison solide, parce qu'après quelques jours l'organe sécréteur, rendu à l'exercice normal de sa fonction, travaille à la formation d'un nouvel ongle qui le met bientôt à l'abri de toute irritation extérieure. Mais les choses ne se passent pas toujours ainsi : quelquefois la matrice de l'ongle ulcérée ne tend nullement à se cicatriser; elle fournit une suppuration fétide qui corrode les parties voisines; des faisceaux de tissu corné, altéré, paraissent çà et là irrégulièrement, et, loin de hâter la guérison, ne constituent qu'une complication fâcheuse : vainement tenterait-on de les arracher, ils se reproduisent incessamment et aggravent les douleurs. Dans cet état, la maladie ne tend plus ni à s'accroître, ni à guérir, et rien ne peut modifier avantageusement la surface ulcérée. Convaincu par l'expérience que, dans les cas de cette espèce, tous les efforts sont vains pour amener la cicatrisation, le professeur *Dupuytren* n'hésitait pas à enlever avec l'ongle, s'il n'était déjà détaché, non-seulement toute la surface ulcérée, mais encore tout le repli de la peau qui loge sa racine. Pour pratiquer cette opération, le malade, étant assis sur le bord de son lit, place son pied sur le genou de l'opérateur, lequel est lui-même assis sur une chaise : celui-ci fait alors, avec la pointe d'un bistouri, une incision courbe qui intéresse les tégumens et le tissu cellulaire sous-cutané, et qui, placée à deux lignes au moins de distance des rainures latérales, passe à trois ou quatre lignes en arrière du point où l'ongle commence à devenir apparent, afin de pénétrer dans les chairs au-delà de la partie la plus profonde de sa racine; cette incision faite, le chirurgien saisit avec des pinces à disséquer toutes les chairs qu'elle circonscrit, les enlève avec le bistouri, et avec elles toute la rainure qui donne naissance aux fibres cornées et toute la surface ulcérée. Il faut avoir soin d'enlever toutes les parties blanches et fibreuses que l'on remarque dans le fond et vers les angles de la plaie, car ces parties sont des rudimens qui reproduiraient l'ongle et qui entretiendraient la maladie. Lorsque cet enlèvement est complet, il suffit d'un pansement simple pour conduire la plaie à une guérison parfaite dans l'espace de quinze jours ou trois semaines.

Ce procédé est beaucoup plus méthodique que celui qui consiste à couper la peau qui recouvre la phalangette, en un seul coup et en dédolant, depuis la rainure de l'ongle jusqu'à l'extrémité de l'orteil; il est aussi beaucoup plus sûr, car il n'expose pas, comme ce dernier, à dénuder la phalange. *Boyer* recommande la compression prolongée sur le repli dermique qui revêt la rainure de l'ongle : il espère ainsi obtenir l'adhésion de ce repli à la partie postérieure de la lunule, et prévenir toute sécrétion cornée ultérieure. Il assure que ce moyen lui a souvent réussi. On pourrait aussi employer le cautère actuel à la manière de *Dupuytren*.

Ce traitement chirurgical ne doit être employé dans l'onyxis de cause interne qu'après avoir épuisé inutilement toute la série des moyens intérieurs propres à combattre les causes qui ont pu le produire; encore serait-il à craindre de voir la plaie résultant de l'opération se modifier d'une manière fâcheuse sous l'influence de l'état général qu'on n'aurait pu changer, et reproduire ainsi, plus étendue et plus grave, la plaie qu'on aurait voulu guérir. C'est donc aux moyens qui agissent sur la cause générale qu'il convient d'avoir presque exclusivement recours.

Remarquons, en terminant, que cette variété d'onyxis produit quelquefois de tels ravages, en attaquant tour à tour les tissus, même la phalange unguéale, que l'indication de l'amputation du doigt, dans l'articulation des deux dernières phalanges, peut devenir urgente. M. *Blandin* rapporte avoir dû recourir deux fois à ce moyen extrême.

N° 37. — 10 Sept.

Traitement de la fièvre typhoïde par les évacuans. (Méthode de M. Delarroque, médecin de l'hôpital Necker.)

Extrait de la thèse de M. Beau.

On donne pour boisson ordinaire de l'eau d'orge miellée ou de la limonade, au choix du malade, et l'on débute dans le traitement actif par l'administration d'un ou deux grains de tartre stibié dans un pot d'eau d'orge ou de petit-lait, quel que soit l'état de la langue, de la soif, des douleurs, etc., en un mot, sans avoir égard aux différentes formes de l'affection typhoïde. Le lendemain, on prescrit une bouteille d'eau de Sedlitz, et on la répète chaque jour, à moins que le malade ne la prenne en dégoût; dans ce cas, on la remplace par la crème de tartre, l'huile de ricin à la dose d'une once, ou mieux encore par le calomélas donné en deux prises consécutives de huit grains chaque. Ce dernier médicament est très-précieux dans cette circonstance à cause de son insipidité; mais, d'un autre côté, il serait imprudent de le répéter trop souvent, dans la crainte de lui voir produire la salivation; c'est pour cela qu'il faut se faire une règle de ne jamais l'administrer que lorsque le malade se refuse obstinément à l'usage des autres laxatifs.

Les différens symptômes ne doivent pas être l'objet d'attention spéciale; bien moins faut-il employer contre eux les saignées générales et locales, qu'on ne doit jamais se permettre, sous quelque dénomination ou dans quelque but que ce soit. L'engorgement du poumon demande seul quelques soins particuliers; on provoque et on aide sa résolution au moyen du kermès donné chaque jour dans un looch, à la dose de cinq ou huit grains; et, si ce moyen suffit pour purger convenablement le malade, on peut suspendre pendant son emploi les laxatifs proprement dits.

Les symptômes les plus rapidement amendés à la suite des émissions sanguines, sont: le délire nocturne, la soif, les douleurs abdominales, la stupeur, qui disparaissent souvent du jour au lendemain; et, lorsque leur décroissement ne suit pas immédiatement les premières évacuations, on observe qu'à dater de ce moment leur intensité n'augmente plus, à moins, comme je l'ai déjà dit, que la maladie ne soit déjà très-avancée lorsque l'on commence l'usage des évacuans; dans ce cas, ils n'exercent que rarement de l'influence sur la marche de la maladie; mais on doit pourtant les essayer toujours, à quelque distance que l'on soit du début; on sentira plus tard la nécessité de cette pratique.

Lorsque l'amendement des symptômes fébriles est complet, qu'il n'y a plus de soif, d'accélération de pouls, de délire, d'agitation, etc., en un mot, que l'individu se trouve bien et qu'il l'est réellement, à part un état de faiblesse, il faut changer de manière d'agir; on suspend les évacuans; on cherche à relever les forces du malade au moyen des toniques, tels que l'infusion d'angélique, d'arnica, le vin de quinquina, de Malaga, etc., et en même temps on commence à lui donner des alimens qu'on rend chaque jour plus nourrissans. On remarque que cette médication tonique, ainsi précédée de l'usage des évacuans, n'a plus les inconvéniens que tout le monde lui connaît lorsqu'on débute par elle dans le traitement des fièvres graves, et que, loin d'augmenter la faiblesse, elle hâte au contraire le retour des forces. Il arrive cependant quelquefois d'observer de la fièvre et de la soif après l'emploi des stimulans; cela prouve seulement qu'on en a commencé l'usage trop tôt. Dans ce cas-là, on les suspend pour reprendre les laxatifs, et quand la fièvre a été de nouveau emportée, on revient aux toniques et à l'alimentation.

Telle est d'une manière générale le traitement qu'emploie M. Delarroque dans la fièvre typhoïde. On voit qu'il comprend deux indications : la première est de combattre les symptômes fébriles, la maladie proprement dite, par les évacuations du tube gastro-intestinal; la seconde consiste à relever au moyen des toniques les forces du malade, quand la fièvre n'existe plus, et à décider ainsi la convalescence. Voici les résultats principaux de cette médication, obtenus d'après les observations qui ont été recueillies pendant les années 1834. 1835, et dont la plupart ont été rédigées par M. Leclaire, élève de l'hôpital Necker.

Il y a eu pendant ces deux années 104 individus affectés de fièvre typhoïde qui ont été soumis au traitement précité. Sur ce nombre, 11 malades sont morts dans les circonstances suivantes :

1° Femme commencée le vingtième jour de la maladie.

2° Femme commencée le quinzième jour et saignée.

3° Femme commencée le quinzième jour; récemment accouchée; invaginations.

4° Femme commencée le sixième jour et saignée.

5° Homme commencé le vingtième jour.

6° Homme commencé le seizième jour et saigné; pleurésie; cavernes.

7° Homme commencé le dixième jour.

8° Homme commencé le treizième jour.

9° Homme commencé le seizième jour; saignée.

10° Femme commencée le quatorzième jour; émissions sanguines.

11° Homme commencé le sixième jour; mort, six semaines après, de récidive.

Notre mortalité est donc d'un dixième environ; cependant il ne serait pas juste de considérer ce chiffre comme la représentation exacte de la valeur du traitement par les évacuans, car il est basé sur des cas dans plusieurs desquels se rencontrent des circonstances très-défavorables. Ainsi, à part les numéros 7, 8, 11, tous les autres individus ont subi des émissions sanguines, ou bien ont été traités longtemps après le commencement de la maladie; de plus, il y avait chez le numéro 3 des invaginations intestinales qui s'étaient opposées à l'effet du traitement, en mettant obstacle à l'écoulement des liquides intestinaux; et chez le numéro 4, on trouva une pleurésie et des cavernes dans les poumons.

On est en général assez d'accord sur le peu d'effica-

cité des moyens thérapeutiques, quand le mal contre lequel on les dirige dure depuis longtemps. Aussi ne cherchera-t-on pas, je pense, à attaquer l'influence médicatrice des purgatifs dans la fièvre typhoïde, parce qu'ils ont échoué dans des cas où l'on n'a pu les employer qu'à une distance éloignée du début; mais on accordera plus difficilement que les saignées doivent être considérées comme des circonstances défavorables, et qu'elles aient contribué à la mort des sujets qui les ont subies. Cependant, si les émissions sanguines ne sont pas dangereuses, comment expliquer le résultat suivant?

Chez les 93 individus guéris la moyenne de la durée totale de la maladie, c'est-à-dire du nombre de jours compris entre le début de la maladie et la sortie de l'hôpital, est de trente et un jours; de ces 93, 75 n'ont pas été saignés: la même moyenne est de vingt-huit jours; 18 ont été saignés: leur moyenne est de trente-neuf jours.

Or si, comme on le voit, les émissions sanguines ont allongé d'un quart la durée moyenne des fièvres dans lesquelles elles ont été employées avant les évacuans, leur influence pernicieuse n'est-elle pas par là même *démontrée*? et ne peut-on pas dire que, dans les cas de *mort* dont il était question tout à l'heure, elles ont contribué à précipiter les individus? Personne ne contestera la légitimité de cette conséquence. Ainsi donc, pour revenir à notre mortalité, nous dirons que la bonté de la méthode évacuante n'est nullement infirmée par les onze cas malheureux que j'ai cités, car dans huit d'entre eux la méthode a été employée dans des circonstances plus ou moins fâcheuses; quant aux trois autres, ils prouvent que cette méthode, même appliquée à temps, et vierge de tout autre moyen, peut avoir ses insuccès.

Enfin un autre résultat qui suffirait à lui seul pour établir l'action médicatrice des évacuans, est le suivant: sur les 93 cas de guérison, l'intensité des symptômes a commencé à décroître immédiatement après les premières évacuations, dans 70 cas; elle est restée *stationnaire* pendant quelques jours dans 19 cas; elle a *augmenté* malgré les évacuations, pour décroître ensuite dans 4 cas. On doit penser que toutes les variétés de la maladie n'ont pas été influencées également par cette médication. C'est ainsi que les formes inflammatoires, bilieuses, avec ou sans délire, ont en général cédé rapidement; les formes chroniques, celles décrites par les anciens sous les noms de muqueuses, de lentes nerveuses, résistaient davantage.

Ces résultats dans la mortalité, la durée de la maladie et l'influence des évacuans, s'éloignent tellement de ceux qui sont consignés dans les ouvrages modernes, que la supériorité de cette méthode ne peut rester un moment douteuse.

Du cancer des Ramoneurs. — Leçon clinique par M. Lawrence.

Le cancer des ramoneurs est une affection maligne, essentiellement destructive; et cependant la cause spéciale qui l'engendre ne peut pas le rapprocher des maladies nées dans certaines dispositions constitutionnelles. Le cancer des ramoneurs se forme chez un individu absolument sain, se développe, s'étend, se communique aux ganglions inguinaux, et ne cessant de détruire, entraîne enfin une terminaison fatale. Ce n'est pas comme dans le cancer du sein que la mort arrive; il ne se produit pas cet état particulier minant toute la constitution, et qu'on a appelé *cachexie cancéreuse*, répandant les germes du même mal dans les régions les plus éloignées sans s'étendre sur celles qui sont intermédiaires. C'est parce que l'ulcère carcinomateux s'est répandu sur des organes essentiels à la vie, mais envahis après les parties voisines, que le ramoneur meurt du cancer que lui est propre. Chez lui jamais la maladie n'a sauté pour ainsi dire d'un organe à un autre, pourtant on lui a donné le nom de cancer. C'est que par là on entend une affection d'un caractère malin marchant invariablement vers la destruction des tissus, l'altération des vaisseaux lymphatiques et des ganglions. Le nom de cancer n'a pas été donné d'après l'aspect du mal et l'identité du siége avec quelques autres cancers. Ceux qui occupent comme lui la peau, la face, la poitrine, les tempes, les parties génitales, les mains, sont bien différens: généralement leur influence sur le système ganglionaire est le même. Les ganglions s'affectent promptement dans le cancer des ramoneurs; il en est de même dans celui de la verge et des grandes lèvres: le cancer de la face est une exception. Une question intéressante se présente ici à résoudre: y a-t-il dans la maladie dont nous traitons formation de tissus nouveaux, ou seulement changement et dégénérescence des tissus qui existent? Il semble que c'est plutôt un changement de structure. On ne trouve pas ici la formation d'une substance médullaire, encéphaloïde, où tous les tissus primitifs ont disparu, comme dans certaines tumeurs. Un tubercule s'élève du scrotum, il est dur et rénitent, il existe pendant quelque temps, se développe, l'épiderme s'exfolie ou se soulève; une ulcération se creuse dans la petite tumeur, gagne de proche en proche, et souvent ne tarde pas à se répandre sur une grande partie du scrotum. L'ulcère est irrégulier, mamelonné, des interstices profondes séparent les tubercules, un ichor aqueux extrêmement fétide en découle, et il est facile de distinguer la maladie à l'odeur seule. Quelquefois on trouve un ulcère profond, à bords renversés, formés d'une exubérance particulière de végétations qui s'élèvent de la peau dégénérée. On a alors une sorte de champignon, dont le godet figure l'ulcère du cancer. C'était le cas de l'individu que nous avons opéré. Ce sont véritablement des tubercules poussant hors du niveau de la peau; quand on divise la tumeur, on les voit s'élever du chorion, ils se groupent en masse dans la hauteur d'un demi-pouce à un pouce. Le tissu cellulaire sous-jacent au derme a conservé son état normal; cela n'arrive pas toujours quand la maladie est longtemps abandonnée à elle-même. Le tissu cellulaire lui-même s'altère, il se forme en couches minces endurcies; jamais le mal ne pénètre plus profondément quand les ganglions s'affectent

consécutivement, c'est simplement par induration. L'altération du tissu cellulaire nécessite l'ablation du testicule. On n'a pas pu l'épargner dans le malade que vous avez vu. Il était âgé de trente-cinq ans; il avait vu il y avait cinq ans un petit tubercule s'élever du scrotum; il n'était pas plus grand que le sommet d'un dé à coudre; il resta très-longtemps stationnaire, mais depuis deux ans il s'est accru, ulcéré, et quand nous avons vu le malade, il avait couvert une moitié du scrotum et une grande partie de l'autre. Les ganglions inguinaux sont un peu tuméfiés, mais sans dureté. Ils n'ont été affectés que très-tard, nous ne pouvons pas croire qu'ils soient altérés. En opérant on crut d'abord pouvoir conserver le testicule; mais crainte de laisser quelque germe du mal, n'étant pas persuadé que toutes les parties malades eussent été enlevées, je sacrifiai la glande; l'épididyme était adhérent, et en le séparant j'aurais pu rendre l'organe entier inutile. Le testicule gauche paraissait très-sain aussi, mais il touchait en arrière aux tissus altérés, il semblait un peu induré vers ce point, il aurait fallu en couper une tranche; je trouvai préférable de l'enlever aussi. Une des lois du manuel opératoire est de couper dans les tissus sains afin de ne rien laisser qui puisse reproduire l'affection. Peut-être aurait-on pu conserver les deux testicules, mais, dans le doute, il est nécessaire de sacrifier à la certitude. Cette opération est très-simple en elle-même, cependant il y eut une hémorrhagie formidable. Huit à dix ligatures furent appliquées, et la plaie laissée ouverte à l'examen des aides, de peur d'une nouvelle hémorrhagie, et après ce laps de temps la plaie a été fermée avec quelques points de suture entrecoupée; elle s'est réunie en grande partie par première intention. Il est bon avant d'aller plus loin de dire quelques mots sur l'extirpation des cancers. La tuméfaction des ganglions est-elle une contre-indication formelle pour l'opération? Certainement il serait préférable d'opérer avant que cette tuméfaction ait lieu, mais quand elle existe, il faut reconnaître le temps et les circonstances. Dans les cancers des ramoneurs que nous avons extirpés, il semblait que le temps n'avait pas été suffisant pour la dégénérescence des ganglions depuis leur développement; il n'existait pas d'endurcissement, c'était plutôt une augmentation de volume. Dans tous les cas semblables de la même maladie, je crois que l'on peut opérer. C'est toute autre chose chez les femmes affectées de cancer au sein, les chances sont bien moins favorables. On peut dire en dernière analyse qu'aussi longtemps que l'on peut enlever toute la maladie, on peut calculer sur le succès.

(Extrait de la *Revue médico-chirurgicale anglaise.*)

—— Nos 38 et 39. — 17 et 24 Sept. ——

Recherches sur la nécrose et la trépanation des os; par M. Jobert de Lamballe; D. M., chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, etc., etc.

(Premier article.)

Les os, organes passifs de la locomotion, sont des tiges résistantes qui, le plus ordinairement, représentent des leviers, offrant dans leur ensemble une série de colonnes superposées, admirablement arrangées pour la station et le mouvement, et qui ont un tel degré d'importance et d'intérêt pour le médecin, qu'on s'est occupé à l'envi des nombreuses maladies dont ils sont le siége.

Quoique formant un tout continu, compacte, ils peuvent être malades dans des points de leur longueur, ce qui constitue l'état morbide partiel d'un os. Ce système a ce point de contact avec les parties molles, qu'une région de la longueur d'un os peut être le siége d'un travail morbide sans que le reste en souffre.

Ceci est démontré et acquiert une nouvelle sanction par l'étude anatomique de ces parties dures; car sans connaissance approfondie sur leur texture ou leur structure, le pathologiste se trouverait dans l'embarras pour comprendre plusieurs altérations des os, et expliquer l'admirable mécanisme de leur réparation.

C'est la variété des maladies du système osseux qui aurait pu nous mettre sur la voie de leur organisation, si l'étude attentive des élémens qui composent chaque os n'avait été poursuivie avec entraînement. Par les travaux nombreux qui ont paru sur la structure des os et leur développement, on peut reconnaître combien l'homme est porté à rechercher, à approfondir la marche que la nature suit dans l'accomplissement de ses lois et l'arrangement physique des parties constituantes.

Un mot sur la structure des os, sur leur substance compacte, spongieuse et les parties communes, comme le disait Bichat, le tissu cellulaire, les nerfs et les vaisseaux.

Les deux substances spongieuse et compacte ne nous arrêteront pas, leur description n'ayant que peu de rapport avec notre sujet. Nous dirons seulement que ces deux substances n'en font qu'une; que toute la différence existe dans le rapprochement des fibres de l'une et dans l'arrangement aréolaire des fibres de l'autre; que toutes deux du reste ont pour base du tissu cellulaire, et du phosphate de chaux pour matière inorganique, qui rend l'os résistant, fragile.

Cette matière terreuse existe en grande quantité pour la partie moyenne des os longs, en petite quantité pour leurs extrémités, ainsi que pour les os courts, et en quantité variable pour les os larges, suivant qu'on l'étudie au crâne ou dans les os du bassin.

Au premier abord, on pourrait croire que cette substance est dépourvue de vie; ou du moins qu'elle est bien inférieure à celles des parties molles; mais pour se convaincre du contraire, il suffit d'examiner sa grande vascularité, le tissu cellulaire en grande quantité qui en forme la base, les fonctions d'absorption continuellement exercées sur l'os à toutes les périodes de la vie, enfin sa réparation et sa cicatrisation.

Nous ne voulons pas dire par là, cependant, que le tissu cellulaire est en égale quantité dans tous les points de la longueur de l'os, car il suffit d'en exposer un à l'action d'un acide affaibli pour voir l'énorme différence

qui existe entre la fibre laminaire de la diaphyse et celle de l'épiphyse, du fémur, par exemple.

En jetant un coup d'œil sur les injections des os, on est frappé par la grande quantité de sang qui doit y arriver, et par la quantité de ce liquide qui en part; on observe la même différence, cependant, entre l'extrémité et le centre de l'os pour la vascularité que pour le tissu cellulaire.

Les artères qui se rendent aux extrémités des os sont en effet beaucoup plus volumineuses que les périostiques, l'artère nourricière faisant exception; une injection même grossière démontre cette vérité si bien prouvée par Bichat.

L'intérieur des os est très-vasculaire, aussi est-il alimenté par une grosse artère nourricière, qui apporte les matériaux de la moelle et ceux nécessaires à la nutrition de l'os.

Ce qui précède au sujet de la distribution des artères indique que la vie est plus grande pour les extrémités des os, et moindre pour leur partie moyenne.

Même disposition pour les veines, avec cette différence qu'elles sont excessivement nombreuses et larges pour l'intérieur des os. Dans l'épaisseur des os, ce sont des sinus, des canaux, dans lesquels on rencontre collée la membrane interne de veines seulement.

Il résulte de là que la substance compacte est parcourue par des canaux, des canalicules qui servent à contenir les veines et les artères; aussi lorsqu'on fait subir à un os différentes coupes, y aperçoit-on la forme canaliculée sur laquelle M. Gerdy a tant insisté avec quelque raison; car Chaussier, Dupuytren, MM. Breschet, Cruveilhier, avaient suivi d'une manière générale ces sinus creusés dans l'épaisseur des os, surtout des os larges.

Il est donc évident que la substance compacte est vasculaire, mais beaucoup moins que la substance spongieuse contenue dans le canal médullaire, et que la quantité de sang dont sont arrosées les différentes parties d'un os n'est pas la même; ce qui permet déjà de soupçonner la plus grande fréquence de certaines maladies des extrémités osseuses, comparativement à celles des diaphyses qui, outre leur structure, sont encore protégées par des masses musculaires.

Tous les os sont enveloppés à l'extérieur par une membrane, le périoste, et tapissés à l'intérieur par une seconde, appelée médullaire; elles diffèrent dans leurs fonctions : l'une répare l'os et la seconde seulement sécrète la moelle, sans contribuer en rien à la formation du cal, ce qui est contraire à l'opinion de Troja et de plusieurs hommes célèbres; mais les faits prouvent cette vérité physiologique.

La membrane médullaire est en effet en rapport par sa vascularité, par son épaisseur, avec la quantité de moelle que l'on rencontre dans le canal médullaire, à tel point que chez certains scrofuleux, la diaphyse est réduite à une minceur excessive par la grande quantité de graisse qui semble avoir usé l'os de dedans au dehors. Enfin les oiseaux, qui sont dépourvus de cette membrane, n'ont dans l'intérieur des os que de l'air et non de la moelle.

Ce qui prouve encore les usages de la membrane médullaire, c'est que d'abord elle ne sert en rien à la réparation de l'os et à la formation du cal, et qu'au milieu d'un os nécrosé, la moelle est conservée intacte autant de temps que la membrane médullaire n'a pas subi de changemens dans sa texture.

Les os reçoivent des nerfs qui donnent la sensibilité à la membrane médullaire, comme l'ont prouvé par l'anatomie, Duméril, Béclard, Cruveilhier, et comme l'expérimentation l'a démontré aux deux derniers.

Je disais tout à l'heure que la membrane médullaire n'était pour rien dans la formation du cal, et qu'au milieu du désordre, elle pouvait demeurer intacte et entretenir la sécrétion de la moelle. C'est ce que j'ai été à même de voir dans un voyage que j'ai fait à Londres, où M. Stanley me fit voir le tibia d'un homme dont les parois avaient été entièrement nécrosées, entouré d'un os nouveau et plein à l'intérieur d'une moelle intacte, enveloppée de sa membrane vasculaire.

Cela posé, occupons-nous de la nécrose ou gangrène des os, car en effet cette dernière est aux os ce que la gangrène est aux parties molles.

Étudions successivement le mécanisme de la nécrose, comment l'os primitif se sépare, comment il se reproduit, et nous finirons par quelques considérations sur le traitement de cette altération.

Boyer a avancé que l'observation n'a pas démontré si la constitution, l'âge, le sexe, établissent des différences dans le mode de fréquence de cette maladie.

Avant d'aller plus loin, nous croyons devoir dire que nous diviserons la nécrose en spontanée et en traumatique, car toutes deux présentent des différences réelles dans leur apparition et dans leur mode de fréquence.

Certainement que la nécrose traumatique est tout aussi fréquente à un âge qu'à un autre, et les constitutions elles-mêmes n'apportent que peu de changement à cette fréquence; mais il n'en est pas de même de la nécrose spontanée, qui se montre plus souvent dans la jeunesse qu'à une autre époque de la vie, et le sexe masculin nous a semblé plus fréquemment en être atteint que le sexe opposé, ce qui est dû sans doute à la différence des professions, aux habitudes et au genre de travail.

Il importe peu pour nous de savoir si c'est dans l'ordre suivant que la nécrose se développe : tibia, fémur, humérus, mâchoire inférieure, os de l'avant-bras, clavicule, péroné, os du métatarse et du métacarpe, car cela est de peu d'importance pour le praticien, ou du moins ce n'est que d'une utilité secondaire. Cependant, nous devons dire que les os les plus exposés aux corps extérieurs, qui sont moins couverts par les parties molles, y sont infiniment plus sujets que les autres, sans doute parce que la nécrose, produite par une force mécanique ou déterminée par un virus, tend à donner des signes de son existence dans les lieux où elle est davantage provoquée; c'est ainsi qu'aux os du crâne, qu'à la clavicule, au tibia et à la mâchoire, on rencontre le plus souvent les exostoses qui n'attendaient qu'une occasion, qu'une circonstance, pour se développer.

Il est évident qu'on a eu tort de généraliser et d'in-

diquer le tibia comme le plus souvent affecté de nécrose, puis l'humérus, etc.; car si une généralisation convient aux maladies, ce n'est certainement pas à la nécrose. Par exemple, les nécroses du crâne sont plus fréquentes que celles du tibia; les os de l'avant-bras, qui sont placés après la mâchoire inférieure, y sont plus sujets que cette dernière.

On n'a pas été plus vrai en admettant une marche différente de la nature dans les nécroses syphilitiques, qui sont plus nombreuses à la clavicule, aux os du crâne qu'au fémur, parce que le virus semble porter son influence de prédilection sur les premiers.

Si nous osions nous prononcer, 1° les os du crâne, 2° le tibia, 3° la clavicule, 4° les deux mâchoires, seraient classés dans cet ordre numérique.

Quant au vice dartreux, son influence porte avec tant d'acharnement sur la peau, les muqueuses, les cartilages, que ce sont les os les plus voisins de ces membranes qu'affecte de préférence la nécrose. Par exemple, le lupus vorax qui attaque les fosses nasales, la muqueuse qui les tapisse, le périoste qui recouvre les os, produit fréquemment la nécrose des cornets; mais ce n'est que dans quelques cas rares que le tibia se trouve altéré dans ces ulcères rongeans que l'on a appelés dartreux, et l'os est alors détruit à la manière des parties molles; quelques esquilles seulement se séparent des tissus ainsi altérés. C'est ce que j'ai observé sur un jeune étudiant en théologie, qui avait eu les chairs de la jambe et le tibia à moitié rongés par un ulcère dit atonique. Ce sont donc les os de la face et non le tibia qui dans les maladies dartreuses sont attaqués par préférence de nécrose; les faits sont innombrables, fort rares au contraire pour les os longs et larges.

Quant aux nécroses scrofuleuses, il est bien difficile de dire l'os qui le plus ordinairement est frappé de mort, car tous les os sont plus ou moins altérés.

Cependant, si on nous demandait quels sont ceux le plus fréquemment atteints dans la diathèse scrofuleuse, nous croyons pouvoir établir que les os 1° du tarse, 2° du métatarse, 3° du carpe, 4° du métacarpe, sont incontestablement plus souvent nécrosés que les autres.

Enfin les nécroses mercurielles paraissent d'abord se fixer surtout à la mâchoire inférieure et supérieure. Cette prédilection se comprend très-bien quand on réfléchit aux premiers phénomènes de salivation, d'ulcération de la muqueuse, etc. Je sais qu'on a douté et qu'on doute encore beaucoup de ces nécroses mercurielles, mais il faut pourtant se rendre aux faits, l'expérience les ayant inscrits dans ses annales, sans aucune contestation.

M. Stanley m'a fait voir un fait d'anatomie pathologique curieux et intéressant; c'est celui d'une femme qui était affectée d'une fièvre grave et qui fut traitée par le calomel. La grande quantité de ce médicament administré à la malade ne borna pas son action aux glandes salivaires, à la muqueuse buccale, mais l'étendit encore à l'os maxillaire inférieur, qui fut frappé de mort jusqu'aux condyles. Cette pièce a été conservée dans le muséum de l'hôpital Barthélemy.

On aperçoit très-bien la ligne de démarcation qui existe entre la portion nécrosée et la petite partie de l'os demeurée intacte et vivante; elle est palpable au-dessous du condyle, endroit apparent de leur séparation.

Que l'on rejette, si on le veut, l'action du mercure sur les os, que l'on repousse l'action de ce médicament sur eux, il n'en demeurera pas moins constant, comme le fait précédent vient de le démontrer, qu'ils peuvent être frappés de mort par l'action directe ou indirecte du mercure.

L'explication n'en est pas bien difficile pour ceux qui veulent se rappeler que la muqueuse exhale, sécrète et s'ulcère par suite de l'administration intempestive d'une préparation mercurielle quelconque, que les dents s'ébranlent dans leurs alvéoles, et que de proche en proche l'action du métal se continue jusqu'à l'os, dont la vie s'éteint par la désorganisation du périoste.

Si maintenant nous interrogeons les causes qui donnent lieu à la nécrose, nous voyons que toutes agissent en empêchant la circulation et la vie dans une surface plus ou moins étendue de la texture d'un os.

Le virus syphilitique, les dartres, et le vice scrofuleux sont autant de causes qui tendent toutes au même but, à l'interruption de la vie par l'arrêt du sang.

Comment agit le virus syphilitique pour déterminer la nécrose? est-ce en agissant directement sur la circulation ou en donnant lieu à un dépôt de lymphe et de pus entre la substance compacte de l'os et sa membrane nourricière, ou entre la substance osseuse intérieure et la membrane médullaire? C'est sans doute ainsi qu'agit le virus syphilitique dans les exostoses de même nature qui sont frappées de mort, ou lorsqu'il s'est développé une périostose vénérienne. Mais ce n'est pas toujours ainsi que procède la maladie, car, dans d'autres circonstances, c'est par destruction des diverses parties molles qui recouvrent l'os, et par l'ulcération consécutive du périoste que la maladie que nous décrivons se déclare.

Il n'en est pas de même de la dartre qui agit en détruisant par absorption les diverses couches qui recouvrent l'os, au point que le périoste qui alimente une partie de l'os venant à être détruit par ulcération ou repris par absorption, est frappé de mort.

C'est par l'ulcération des couches successives qui recouvrent les cornets que l'on voit paraître la mortification de ceux-ci dans les ulcères dartreux.

Comment agit la maladie scrofuleuse pour produire la nécrose? Pour résoudre une semblable question, il faudrait d'abord bien connaître la nature de cette maladie; or, rien de plus obscur, rien de plus incertain et de plus hypothétique que les explications et les théories que l'on a mises au jour pour se rendre compte d'une affection aussi fâcheuse et aussi dangereuse. Il faut s'en rapporter aux faits, consulter l'expérience et interroger l'anatomie pathologique. Or, on sait que dans cette maladie les liquides n'ont plus la même vitalité; on sait que le retour de la lymphe et de la sérosité ne se fait qu'avec une extrême difficulté, d'où les engorgemens séreux de certains organes, l'œdème de certains

autres, la déposition de matière tuberculeuse au sein des tissus et des glanglions.

On n'aura pas de difficulté alors à comprendre comment il se fait que des tissus habituellement imprégnés de liquide se ramollissent, s'ulcèrent. Les chirurgiens qui font des opérations ont l'habitude d'observer et de voir journellement les tissus friables et sans résistance dans une pareille maladie.

Si pendant cet ordre de choses un coup est porté sur le périoste, on comprend que la vie soit promptement éteinte; et on conçoit aussi qu'une commotion, un ébranlement d'un os, comme la chute sur les pieds, en changeant la vitalité, en produisant une inflammation bornée ou étendue, éteigne promptement la vie par l'oblitération des petits vaisseaux qui vont se rendre à l'os. Il en sera de même de l'action du froid humide sur un os qui n'est couvert que par de faibles parties molles.

Chez la plupart des scrofuleux, la quantité de moelle contenue dans l'intérieur des os est plus considérable, et chez certains, son volume est si grand que leurs parois sont amincies, ce qui les rend extrêmement fragiles. *Eh bien!* dans des circonstances semblables, on comprend que la mort de l'os puisse survenir par diminution de vitalité des parois, et cependant, disons-le vite, les faits ne sont pas encore bien nombreux, sans doute parce que les chirurgiens n'ont pas dirigé leur attention vers ce point-là.

Quant aux causes mécaniques, elles agissent ou en dénudant l'os, ou en détruisant la membrane médullaire, ou en arrêtant instantanément la circulation dans l'os; tout agent contondant agit en déterminant une meurtrissure, une contusion et une désorganisation telle que la circulation ne peut plus se rétablir, que le sang ne peut plus circuler dans les parties frappées par le corps contondant; aussi, dans ce cas, l'os meurt-il à la manière des parties molles dans lesquelles toute influence nerveuse et circulatoire a été anéantie. C'est ainsi que les projectiles agissent lorsqu'ils viennent frapper *les os*, et tantôt ils produisent un dégât en déchirant les vaisseaux du périoste et ceux qui se rendent à toutes les parties de l'os qu'ils ont atteint.

Il est des tumeurs qui se développent dans l'épaisseur des os; elles sont de diverse nature, mais elles tendent, par leur développement, à amincir l'os de dedans en dehors, et finissent par amener la gangrène d'une coque mince qui se laisse plier par la pression; bientôt un abcès se déclare, et on rencontre une espèce de callotte osseuse frappée de mort, produite par oblitération des vaisseaux.

La manière dont agissent les causes précédemment indiquées offrent quelques différences à noter entre la nécrose et la gangrène des parties molles.

Lorsque la gangrène s'empare des parties molles, on sait qu'elles sont gorgées par le sang ou bien dépourvues de liquides, ce qui établit une ligne de démarcation entre la mortification sèche et humide.

Si la gangrène est produite par la stase du sang veineux, le sang artériel pouvant encore arriver aux tissus, il y aura engorgement, infiltration, épanchement, et la mort de l'organe sera, dans ce cas, suivie d'une dissolution putride.

Si, au contraire, cette gangrène survient lentement par l'arrêt du cours du sang artériel, comme dans la gangrène sénile, les escarres sont sèches et la dissolution est lente.

Enfin, lorsque la mort des organes est produite par l'arrêt brusque de toute circulation dans le membre, du sang infiltré dans les organes donne lieu à un engorgement et à une dissolution putride. Dans une inflammation aiguë des organes, la gangrène est de même nature.

Peut-on observer les mêmes phénomènes pour les os et les expliquer de la même manière?

Dans un os, rien de pareil ne peut avoir lieu, parce que la structure compacte, la nature de la fibre osseuse qui lui donne solidité et résistance, ne permettent pas aux vaisseaux artériels et veineux de se laisser distendre outre mesure, et aux liquides contenus dans leurs canaux de s'infiltrer dans son épaisseur.

C'est donc toujours une gangrène sèche que l'on observe pour les os, et ce n'est qu'à un faible degré qu'on peut observer le contraire pour les extrémités des os longs; pour les os courts, le sang, sorti de ses canaux et de ses cellules se mêle à la moelle et à la lymphe, donne lieu à quelque chose de pareil à la gangrène humide. C'est au milieu de cette altération que l'on retrouve des esquilles en général peu volumineuses, qui offrent peu de longueur et d'épaisseur. Ce genre d'altération porte le nom de carie.

Ce sont des altérations de ce genre que nous avons été à même d'observer dans ces trajets que les projectiles avaient parcourus à l'extrémité des os longs.

L'oblitération des vaisseaux périostiques, le décollement des membranes d'enveloppe des os sont donc les causes qui frappent de mort leur substance propre, et qui y arrêtent la vie, sans que pour cela la membrane médullaire et le périoste aient cessé de vivre.

C'est du moins ce qu'on observe pour le périoste qui communique avec les parties environnantes, qui tire d'elles en partie sa vitalité; et c'est ce qu'on observe aussi pour la membrane médullaire, comme nous en avons rapporté un fait, lorsque l'oblitération des vaisseaux s'est bornée aux capillaires médullaires. C'est par cette indépendance qu'on voit la périoste donner naissance à un nouvel os, et la membrane médullaire à des bourgeons, quoique tout le calibre d'un os long soit nécrosé; c'est ce que l'observation nous a mis à même de prouver souvent.

Toutes les causes qui déterminent la nécrose peuvent se réduire à une seule: l'arrêt de la circulation ou l'absence du liquide vivifiant et nourricier.

De là il découle naturellement que l'étendue de la nécrose doit être en rapport avec l'oblitération des vaisseaux. C'est ainsi que l'inflammation du périoste ou de la membrane médullaire, en étouffant la circulation dans les vaisseaux périostiques ou nourriciers, ou en les oblitérant, amène la gangrène totale de l'os, chez les scrofuleux, par exemple.

La stase du sang veineux dans les os produit, comme dans les parties molles, la mortification, accompagnée du mélange des liquides et des solides. L'observation a prouvé que la compression de la veine et de l'artère principales d'un membre produisait ce phénomène.

Les changemens que subit l'os primitif, et qui consistent dans des caractères physiques, doivent d'abord attirer notre attention, les caractères de l'os nouveau devant ensuite nous occuper.

L'os ancien est dépourvu de cette couleur rosée, vasculaire, dont il était revêtu pendant sa vie; une couleur plus ou moins blanche remplace la coloration naturelle de l'os vivant. Il n'est plus parcouru par des filamens celluleux et vasculaires, et on ne retrouve à l'extérieur et à l'intérieur de l'os mortifié qu'un tissu compacte, dur, et qui a perdu beaucoup de son volume et de son épaisseur.

L'os ancien, originel, entouré et enveloppé par l'os de nouvelle formation, perd de son volume par la destruction de ses couches intérieures et extérieures, usées qu'elles sont par la suppuration et par la pression que déterminent les bourgeons médullaires. Aussi, dans un temps que l'on ne peut limiter, voit-on l'os mort perdre de son poids et de sa régularité. Il est creusé à l'extérieur par une multitude de rigoles qui se dirigent surtout dans le sens du cours du pus; mais comme leur profondeur est variable, les portions d'os qui les environnent sont elles-mêmes plus ou moins aiguës, plus ou moins âpres, de sorte que l'os est comme entouré d'épines osseuses. Quelques-uns de ces sillons, et quelquefois un grand nombre, se transforment en trous et pénètrent dans le canal médullaire. D'autres fois, ce sont de simples ouvertures vasculaires, agrandies, des trous, des échancrures, et même des pertes de substance considérables.

Ces filamens soyeux qu'on observait dans le canal médullaire ont disparu, et on ne voit plus que des enfoncemens irréguliers.

Quelquefois l'épaisseur de l'os, comme le fémur, par exemple, est réduite par destruction successive de ses couches à la minceur d'une feuille de papier. J'ai plusieurs cylindres complets du fémur qui sont dans cet état.

L'os ainsi détruit est-il résorbé, comme quelques pathologistes le pensent, ou bien est il entraîné par la suppuration? Malgré l'autorité de quelques pathologistes et malgré l'analogie de ce qui se passe lorsque des tumeurs pressent l'os et le font disparaître, je ne puis croire à ce phénomène d'absorption sur une partie morte comme un os, tandis que je comprends très-bien comment un os qui a conservé toute sa vitalité, sa structure, tourne ses forces absorbantes contre lui-même à la manière des autres tissus, dans les ulcères, par exemple, lorsqu'il est pressé par des mouvemens anévrysmatiques.

L'action mécanique des bourgeons médullaires, le cours du pus me semblent expliquer suffisamment la destruction de l'os et l'expulsion totale ou partielle du séquestre ou de la portion d'os mort.

Cet os, qui a servi de modèle au nouveau, finit par ne plus être en contact immédiat avec lui et retenu par des bourgeons; c'est à cause de cela qu'il joue dans l'espèce de coquille formée par l'os secondaire dans lequel il est contenu.

La composition chimique de l'os ancien n'est pas complétement la même que dans l'état de vie; il brûle bien en répandant l'odeur de la corne, mais il brûle avec une faible flamme et avec lenteur, tandis qu'un os qui n'a pas subi cette altération pathologique dans les mêmes conditions brûle avec beaucoup plus de rapidité et répand une fumée épaisse et plus odorante, ce qui nous démontre que le dernier contient un peu plus de matière organisée.

Un morceau d'os nécrosé exposé à l'action d'un acide affaibli se laisse réduire en grains pulvérulens, et cependant la matière organisée a été conservée; on n'y distingue plus la trame organisée, le canevas du premier os; il offre bien quelque élasticité, mais elle est faible en comparaison de celle d'un os qui n'a subi aucune altération.

En faisant la même épreuve sur un os nouveau et sur un os ancien, on voit qu'en les exposant dans le même liquide chargé d'acide, on les rend flexibles et qu'on les réduit à la partie organisée, et que si on les expose à l'action du feu, la trame du nouvel os brûle avec plus d'éclat, plus de flamme; et la décrépitation est plus marquée que celle de l'os ancien, qui présente cependant les caractères précédemment énoncés, mais à un moins haut degré.

Un os nouveau se forme et remplace le premier; il diffère de celui-ci par sa forme, son épaisseur, sa direction, son volume, les conduits nourriciers et le canal médullaire.

D'abord, l'os de nouvelle formation n'offre plus la même régularité que l'os primitif; il est plus ou moins chagriné, bosselé à l'extérieur par des ossifications irrégulières.

La direction de l'os nouveau n'est pas complétement celle de l'os primitif; aussi le membre offre-t-il une courbure plus ou moins marquée, et une difformité plus ou moins appréciable, mais toujours réelle. Il doit aussi présenter une courbure, à cause de son implantation par ses deux extrémités sur les restes de l'os primitif, d'où changement dans sa direction naturelle.

La circonférence de l'os nouveau doit-elle-même être plus considérable que celle de l'os primitif, et il n'est pas besoin d'explication pour le démontrer, puisque, enveloppant l'os ancien, il doit se mouler sur lui, outre l'épaisseur qui lui est propre.

Il en est de l'épaisseur de l'os nouveau comme de sa circonférence, c'est-à-dire qu'elle est plus grande que celle de l'os ancien.

L'os nouveau offre véritablement plus de résistance, plus de compacité que l'os primitif; il est moins aréolaire, les élémens osseux sont plus serrés, plus rapprochés, et enfin on n'observe plus à son extérieur des ouvertures vasculaires périostiques aussi régulières que dans l'os primitif.

Dans tous les cas, l'os nouveau, qui représente une coquille, une sorte d'étui dans lequel se trouve contenu l'os ancien, offre une bien plus grande épaisseur, et le canal médullaire, s'il existe, n'est plus qu'à l'état rudimentaire. Mais il faut avouer que toutes les fois que l'os ancien a été extrait, ou expulsé, le canal médullaire a disparu, ou bien est cloisonné par une véritable substance osseuse et oblitéré dans une plus ou moins grande étendue.

La manière dont le canal médullaire disparaît est une chose fort simple à expliquer par l'examen des bourgeons qui naissent de l'intérieur de l'os nouveau, et qui, n'étant plus entretenus par la suppuration, se solidifient, le remplissent et l'oblitèrent, et qui en s'ossifiant complétement forment un tampon au milieu duquel ne se trouve aucune trace du tissu aréolaire, comme je l'ai vu sur des os nouveaux que j'ai soumis à des coupes variées.

On pensera peut-être que l'oblitération du canal médullaire par une substance osseuse est le résultat de l'ossification de la membrane qui le tapisse; mais la marche que suit la nature dans son procédé a été étudiée avec un tel soin, que nous ne pouvons croire à *cette transformation* osseuse du périoste interne.

D'abord l'expérimentation est contraire à ceux qui nous adresseraient cette objection, et ils se rendront, je le pense, à notre opinion, lorsqu'ils verront de plus près le mode d'oblitération de ce conduit. En effet, la membrane médullaire est contenue dans l'intérieur de l'os ancien, et son organisation finit par être détruite en totalité ou en partie par le fait même de l'inflammation; aussi les bourgeons ou plutôt la première couche formée par le périoste qui est en rapport avec la face externe du séquestre, envoie dans le canal médullaire ses prolongemens, qui ensuite s'ossifient, et la membrane qui le tapisse ne sert en rien à cette ossification.

On a encore une preuve de ce que j'avance dans ces bourgeons qui végètent de la surface médullaire d'un os dans une fracture, et dans cet autre volumineux bourgeon qui dépasse l'os amputé; cependant nulle trace d'ossification n'apparaît, et cette vérité est mise hors de doute par l'examen attentif et fréquent de ces sortes de végétations qui demeurent sans s'ossifier, et qui viennent se continuer seulement avec les parties molles environnantes.

On voudra peut-être nous objecter la fermeture osseuse du bout de l'os amputé; mais nous répondrons que les parois de l'os s'affaissent, vont à la rencontre l'une de l'autre comme les deux parois d'une alvéole, lorsque la dent est extraite, comme les parois de certains sinus lorsque la membrane qui les tapisse a été désorganisée: une lymphe exhalée par le tissu cellulaire du moignon, par le périoste, ainsi que le bourgeonnement qui résulte de l'exfoliation insensible des parties osseuses touchées par la scie complètent le mécanisme de cette oblitération. C'est ainsi que se ferme l'extrémité du canal médullaire d'un os amputé, et non par la membrane médullaire, comme l'ont pensé quelques pathologistes.

Dans l'épaisseur de l'os nouveau, nous avons rencontré des fistules auxquelles on peut donner le nom de fistules osseuses; elles doivent être distinguées des fistules qui aboutissent à un séquestre, en ce qu'elles ne sont pas entretenues par la suppuration qui résulte de la présence du corps étranger, mais bien par l'organisation de ce trajet lui-même.

Ces trajets sont ensevelis dans l'épaisseur de l'os nouveau, et, après une direction oblique ou directe, viennent aboutir à son extérieur; c'est assez dire qu'il existe alors une extrémité profonde et une extrémité superficielle. Ces fistules sont tapissées par une membrane de nouvelle formation, organisée, plus ou moins vasculaire, et qui sécrète un liquide en abondance variable.

Pour nous, ces fistules sont le résultat le plus ordinairement de la présence de séquestres longtemps conservés.

Si, au moment où le séquestre est expulsé, les fistules sont organisées, il n'y a pas d'oblitération de ces trajets, et si, au contraire, des bourgeons remplissent le conduit accidentel, elle peut avoir lieu.

Il s'agit d'exposer le plus brièvement possible la doctrine des auteurs sur le mécanisme de la formation du nouvel os. Si on pouvait encore nier la reproduction des organes, on se trouverait hautement démenti par l'apparition du nouvel os; car cette régénération qui est aussi incontestable pour les parties molles diffère essentiellement de la reproduction osseuse, 1° en ce que dans la première, la cicatrice n'imite jamais complétement l'organe qu'elle remplace; 2° en ce que la force plastique qui lui donne naissance est certainement développée à un bien moins haut degré que dans la seconde; 3° en ce que rarement les parties molles divisées remplissent les mêmes fonctions qu'auparavant; l'os nouveau au contraire remplace la solidité du premier, sert de colonne, vit comme le premier, et comme lui fournit des implantations aux muscles, qui n'ont cessé que pour un instant de prendre un point fixe sur une masse solide, au moment où la nécrose s'est déclarée.

C'est le mécanisme de la reproduction de l'os, c'est le *comment* il se reproduit qu'il s'agit ici d'étudier, en un mot de savoir quel est l'organe qui sécrète le nouvel os, et quelles sont les métamorphoses qu'il subit avant d'arriver à sa complète perfection.

D'abord des auteurs admettent que toutes les fois qu'il y a nécrose, l'os primitif est complétement frappé de mort, et que le périoste sert à former le nouvel os: c'était là l'opinion de Troja, David, Bichat, etc. Mais d'autres auteurs, tels que MM. Richerand, Knox, Léveillé, ont admis qu'elle se bornait à une partie de l'épaisseur de ses parois, et que le nouvel os est formé par la partie intacte de l'os originel.

Il faut avouer que ces deux opinions sont également vraies, et qu'on ne peut admettre exclusivement une de ces théories, puisqu'il est vrai que tantôt la lame la plus superficielle de l'os se nécrose, et que d'autres fois la mort s'étend à toute son épaisseur.

Dans une plaie, lorsque l'os est mis à découvert, en

général la gangrène est bornée à la superficie de l'os, aux lames touchées; et, au contraire, dans la mortification dite spontanée, elle s'étend ordinairement à toute l'épaisseur des parois du canal ou à tout le cylindre.

Je ne m'étendrai donc pas davantage sur ce fait, qui est trop bien éclairci maintenant pour qu'il laisse aucun doute. Ce qui arrive pour les parties molles se passe également pour les os, c'est-à-dire que la peau, par exemple, peut être frappée de mort partiellement, et les vaisseaux, ainsi que le tissu cellulaire vivans procèdent à la formation de la cicatrice; et, lorsque cette membrane est complétement gangrénée, c'est aux parties environnantes qu'est réservé le soin de la cicatrisation. Dans la mortification de l'os, la nature procède de la même manière. Cependant si, dans une nécrose spontanée, l'épaisseur des parois n'est pas entièrement frappée de mort, il faut alors compter sur deux ressources: 1° sur les bourgeons qui s'élèvent du point de séparation entre l'os nécrosé et vivant; 2° sur le périoste qui doit exhaler la lymphe osseuse.

Un professeur commence à exposer le mécanisme de la reproduction osseuse nouvelle par les os du crâne; dans un langage clair et éloquent, il admet qu'ils ne sont pas nécrosés dans la jeunesse, parce que leurs parties organisées l'emportent sur les molécules salines, et que le contact de l'air, frappant leur surface, l'enflamme et la ramollit sans exfoliation. Mais il ajoute que si, à un âge plus avancé, l'os est mis à découvert, le phosphate de chaux étant déposé en plus grande quantité, et les proportions de vascularité de tissu cellulaire étant moins grandes, la nécrose s'empare de la table externe; car ordinairement, suivant lui, la mortification s'arrête au diploé, partie la plus vasculaire de l'os, et c'est à la faveur de ce réseau vasculaire, fourni par la dure-mère, que se fait la séparation de l'os et que les bourgeons se développent. Il admet, comme la plupart des chirurgiens, du reste, que l'os ne se reproduit pas lorsqu'il a été frappé de mort dans toute son épaisseur, et qu'alors la dure-mère forme une cicatrice peu résistante et non osseuse.

Je ne puis admettre que l'os mis à découvert dans la jeunesse ne se nécrose pas, et je ne puis croire que la guérison s'opère sans exfoliation, simplement par l'inflammation, le ramollissement et les végétations osseuses.

Toutes les fois que j'ai été à même d'examiner les os mis à découvert chez les jeunes sujets et chez des individus plus âgés, j'ai eu l'occasion de voir et d'observer constamment une exfoliation qui aurait pu passer inaperçue, si je ne m'étais douté du résultat et si je n'avais observé chaque jour la surface de la plaie. J'ai retiré des portions d'os compacte de la grosseur d'une tête d'épingle. Je possède un si grand nombre d'observations, qu'il ne m'est plus permis d'en douter, et je crois qu'à toutes les époques de la vie, lorsqu'un os large, de même qu'un os long, est mis à découvert, *il ne peut pas exister de formation de bourgeons sans exfoliation.*

Lorsque la nécrose survient par lésion de la membrane médullaire, par une cause quelconque, ce professeur admet que les couches les plus voisines du canal médullaire sont frappées de mort, et que les plus superficielles prennent un surcroît de vie, s'enflamment, se gonflent, que la séparation s'établit entre les couches vivantes et mortes, que du pus altère le séquestre, que l'os primitif prend un tel développement qu'on a de la peine à le reconnaître, et que le contact de la portion frappée de mort en altère un des points, qui, à l'aide d'un travail inflammatoire, forme des fistules servant à porter à l'extérieur les liquides et les portions d'os qui n'ont pu être résorbés. M. Richerand admet cependant que le séquestre, dans quelques circonstances, est entouré par le périoste, détaché de lui; et que cette membrane s'ossifie et donne naissance à un os informe.

Cet auteur refuse donc au périoste la faculté de s'ossifier; il repousse la théorie de Troja admise par David, et se fonde sur les raisons suivantes :

1° Sur ce que la portion mortifiée est en rapport avec la membrane d'enveloppe détachée;

2° Sur ce que l'os n'est pas frappé de mort en totalité;

3° Sur ce que le périoste s'est présenté, dit-il, avec son organisation et ses attaches;

4° Sur ce que, dans la fonte putride de la membrane médullaire, les couches profondes seulement se séparent du reste de l'os;

5° Sur ce que, le périoste étant détaché de l'os, et la membrane médullaire intacte, les couches superficielles s'exfolient, et sur l'apparition de bourgeons celluleux qui recouvrent la surface de l'os et qui forment la cicatrice.

6° Enfin ce chirurgien, pour appuyer sa théorie et combattre ce qu'on pourrait lui objecter, refuse de croire que l'os se reforme, se reproduise, lorsqu'il a été frappé de mort dans toute son épaisseur; aussi pense-t-il que le membre se raccourcit, ou qu'il survient une fausse articulation qui prive le malade de son membre.

D'abord, sans admettre que le périoste s'ossifie, ce que nous discuterons en parlant des périodes de la réparation des os, nous devons dire :

1° Que bien évidemment il y a régénération lorsqu'un os est frappé de mort et que le périoste est demeuré intact;

2° Qu'il y a régénération partielle lorsque l'os est frappé de mort dans une partie de son épaisseur;

3° Qu'il n'est pas vrai que le membre se raccourcisse, lorsque l'os a été nécrosé dans toute son épaisseur, lorsque l'art n'a pas nui au travail de réparation;

4° Qu'une fausse articulation n'est admissible que lorsque le périoste a été détruit dans une grande partie de sa longueur;

5° Que pour que les opinions émises par ce chirurgien fussent exactes, il faudrait qu'il y eût absence de régénération;

6° Que l'on ne peut admettre le développement de bourgeons que lorsque l'os est frappé incomplétement de mort dans son épaisseur, et que dans le cas contraire, il faut admettre la formation d'un nouvel os;



7° Que nous ne refusons pas que l'escarre se sépare dans les os comme dans les parties molles, et que, sans nous inquiéter du *comment* le renouvellement d'un os s'opère, nous dirons que le périoste a cette destination.

Boyer en parlant du mécanisme de la reproduction admet que lorsque le périoste a été mortifié en même temps que l'os, la membrane médullaire en fait tous les frais; que bientôt elle s'enflamme, se gonfle, qu'en totalité elle se sépare du canal médullaire, laissant un intervalle dans lequel est déposée une couche albumineuse, et que cette lymphe se confond ensuite avec la membrane médullaire de manière à former un tout semblable, dont l'ossification s'empare; que plus tard « le séquestre se sépare » et est déplacé suivant lui par des bourgeons celluleux, et qu'enfin il sort par une des ouvertures fistuleuses, laissant en place l'os nouveau, qui prend, avec l'âge, plus de développement et de solidité.

Boyer pense que le périoste fait tous les frais de réparation, lorsque la membrane médullaire a été détruite. Ce chirurgien avance que ses opinions sont encore fortifiées par l'expérimentation.

Quant au dernier mécanisme, il est incontestablement *vrai*; mais quant au premier, il n'a pas encore, à mon avis, été démontré, et nous ne le croyons nullement fondé. Comment, en effet, expliquer cette nouvelle formation qui n'a été vue de personne, et de quelle manière le séquestre permettrait-il à l'os nouveau de se former? N'empêcherait-il pas son développement, son accroissement, son ossification, etc., et enfin comment l'os nouveau se débarrasserait-il du séquestre qui forme une espèce d'étui autour de lui? Au reste cette dernière objection n'en serait pas une si le fait était exact. Boyer parle ensuite du mécanisme de la reproduction des os larges, suivant que le périoste d'une des faces est détruit.

Delpech nie que la reproduction ait lieu lorsqu'un os long ou large est frappé de mort seulement dans une partie de son épaisseur, et il la regarde même comme inutile, et explique la cicatrice par l'engorgement de *la portion* d'os intacte, son augmentation de volume et sa raréfaction, et c'est par conséquent l'os vivant qui répare l'os mort. Cet auteur, qui rejette la reproduction lorsque la mort de l'os est partielle, l'admet au contraire lorsqu'elle s'étend à toute l'épaisseur de l'os, et c'est au périoste qu'il a dévolu cette propriété.

M. Sanson s'appuyant des recherches de plusieurs expérimentateurs, des observations de Boyer, de celles de M. Cloquet, etc., pense que le périoste reproduit l'os nouveau, lorsque la membrane médullaire est désorganisée, et que celle-ci le forme lorsque la membrane périostique a été détruite.

Nous devons ici examiner par nous-mêmes ce que l'observation nous a démontré, et ce que l'expérimentation nous a enseigné, sans pour cela avoir la vanité de croire que ces questions douteuses seront résolues.

Nous classerons comme il suit les cas de nécrose : ceux avec conservation du périoste, l'os primitif concourant pour sa part à la reproduction;

Ceux où le périoste seul reproduit le nouvel os;

Enfin ceux avec destruction du périoste.

Lorsque les couches superficielles d'un os ont été frappées de mort, et lorsque la membrane qui les enveloppe a été respectée, le travail morbide occasionne l'inflammation du périoste, la déposition d'une lymphe coagulable, albumineuse, concrescible, qui doit passer à l'état de cartilage, puis à celui d'os. D'autre part, les parties mortes se séparent des vivantes, des bourgeons se développent et les poussent vers l'extérieur, où elles finissent par déterminer de l'irritation et des fistules qui leur livrent passage. Eh bien! dans cette circonstance, les bourgeons fournis par l'épaisseur de l'os viennent se confondre avec la matière ossifiante fournie par le périoste, et ainsi l'os frappé de mort est reproduit par deux sources. C'est dans cette circonstance que la surface de l'os est recouverte de stalactites osseuses, irrégulières, qui rendent l'os chagriné et raboteux. Il n'est donc pas besoin d'avoir recours à la raréfaction de l'os, à sa tuméfaction, et de rejeter le concours du périoste pour réparer la perte d'une portion de l'os, sous prétexte que cette membrane est inutile dans cette réparation, comme si la nature devait écouter les désirs du chirurgien. Dans un os long, comme dans un os large, les phénomènes sont les mêmes.

Lorsque la nécrose est la suite d'une plaie, elle peut être plus ou moins profonde et doit présenter de grandes variétés, suivant l'étendue de la gangrène. Lorsque le périoste est enlevé dans une petite étendue, la nécrose est superficielle, et l'ossification se fait seulement aux dépens de l'os et non du périoste; et alors ce sont encore des bourgeons celluleux qui soulèvent la portion mortifiée et tendent à l'expulser sous la forme d'espèces de petites paillettes, de cristaux en aiguilles ou de plaques, ce qui constitue les exfoliations sensibles ou insensibles. Toujours est-il que les bourgeons s'ossifient et que les parties environnantes développant d'autres bourgeons celluleux, la cicatrice devient adhérente, ce qui la rend douloureuse par les tiraillemens.

Enfin, la circonstance la plus fréquente est celle où l'os est entièrement nécrosé et le périoste intact. Cette membrane, détachée de l'os nécrosé, s'enflamme, ses vaisseaux se dessinent davantage; elle s'épaissit et exhale une substance gélatineuse qui est déposée entre elle et l'os privé de vie. D'abord peu consistante, tremblotante par percussion, elle augmente bientôt de volume, de consistance, plus tard devient osseuse, résistante comme un os. Cette matière peut être divisée par le scalpel jusjusqu'à ce que l'ossification s'en empare.

Je ne suivrai pas les changemens que l'os ancien éprouve dans son espèce d'étui nouveau, non plus que ceux de l'os nouveau, nous en étant occupés ailleurs.

C'est ici qu'il est curieux de parler de cette remarquable reproduction des os larges, lorsque l'os ancien a été complétement frappé de mort, cas dans lequel on voit le périoste se détacher de l'os mort et exhaler, par sa face profonde, une lymphe concrescible, ossifiante, qui, de toutes parts, environne l'os ancien et en prend la forme. C'est ainsi que, dans la nécrose de l'omoplate, on voit se déposer cette manière organisable à la face

costale, acromiale, aux bords, en laissant cependant une échancrure pour laisser passer le pus à l'angle inférieur ou vertébral de l'omoplate nouvelle, ainsi que dans quelques autres points, de manière que l'os nouveau représente l'omoplate ancienne, puisqu'il en a les angles, l'épine, l'acromion et les faces.

Les os larges se reforment donc à la manière des os longs. L'anatomie pathologique l'a démontré sur l'homme et les animaux. A Alfort, j'ai pu examiner trois omoplates de nouvelle formation, dont deux, fort régulièrement disposées, viennent de chevaux différens. L'omoplate ancienne, enveloppée dans la nouvelle, est tout entière, quelques points exceptés de sa surface qui ont été usés par le pus. L'omoplate de nouvelle formation a les apophyses, les faces et les angles d'une véritable omoplate, au point qu'on ne peut méconnaître que l'ancienne, contenue entre ces deux lames, n'ait été son véritable moule. Je n'ai pu comprendre ce que les auteurs ont dit d'une ancienne omoplate renfermée dans deux omoplates nouvelles.

La condition, *sine quâ non*, de formation nouvelle est que tout os soit entouré par la membrane qui y donne naissance : le périoste. Son absence dans les os du crâne, à la face profonde, est la cause qui s'oppose à la formation du nouvel os, la dûre-mère ne pouvant remplacer cette membrane de sécrétion.

Lorsque le périoste a été détruit dans une grande partie de la circonférence de l'os, ou dans tout son contour, y a-t-il formation d'un nouvel os aux dépens de la membrane médullaire? Des hommes habiles ont résolu la question par l'affirmative, plutôt par analogie que par les faits, aussi l'indication m'a-t-elle semblée fautive. Je ne reviendrai pas sur l'opinion de Boyer et des auteurs, désirant moi même relater : 1° ce que l'observation m'a appris lorsque le cylindre presque entier d'un os long a été nécrosé ; 2° ce qui arrive dans la trépanation des os, et ce qui se passe lorsque le périoste a été totalement détruit.

Lorsque la nécrose occupe le cylindre presque entier, et lorsque le périoste a été détruit comme dans une large plaie qui suppure, se forme-t-il alors un os nouveau, et la membrane médullaire en est elle la source? J'ai conservé une pièce qui offre une nécrose du tibia de deux pouces et demi à peu près, excepté un tiers de sa paroi postérieure qui a été conservé intact. Eh bien! la portion du périoste demeurée saine a donné lieu à des concrétions osseuses, irrégulières, et toute la portion d'os dépourvue de cette membrane ne s'est pas reproduite; la membrane médullaire aurait dû, si elle avait eu la faculté de reproduire l'os, lui donner naissance, pendant le temps assez long que le malade a vécu. De la membrane médullaire surgissaient des granulations qui s'avançaient de toutes parts, qui se confondaient avec les bourgeons vasculaires environnans sans s'ossifier, puisqu'ils formaient, par leur réunion, une sorte de champignon semblable à celui que l'on rencontre dans le canal médullaire des os amputés. Il n'y avait donc eu ni transformation cartilagineuse, ni transformation osseuse. Je n'ai jamais vu, dans une nécrose complète, avec destruction du périoste, l'os se reproduire aux dépens de la membrane médullaire. De ces faits, on peut en rapprocher d'autres qui ne méritent pas moins d'intérêt, ce sont les trépanations que l'on pratique sur les os longs pour en retirer un séquestre. Sur quatre trépanations du tibia, après avoir fait une perte de substance au nouvel os et être arrivé jusqu'au canal médullaire pour en retirer l'os mort, je n'ai jamais trouvé le moindre travail dans la membrane médullaire qui pût faire soupçonner la faculté de produire un os nouveau. Ce qui le prouve, c'est son bourgeonnement, commencé avant l'enlèvement du séquestre, qui se continue après son extraction, qui se recouvre d'une cicatrice mince, rougeâtre, puis blanche, et qui se laisse déprimer par la pression ; mais si la perte de substance faite à l'os a été peu considérable, les bourgeons qui naissent de sa circonférence bientôt se confondent et s'ossifient, mais alors ils ne viennent plus de la membrane médullaire.

M. Stanley, qui a fait une suite d'expériences curieuses et intéressantes sur la reproduction des os, a démontré : 1° que lorsqu'un os est perforé par une couronne de trépan, qu'une éponge est introduite dans le canal médullaire par cette ouverture, l'os est bientôt reformé aux dépens du périoste. C'est, du reste, ce que l'on voit dans la section de l'os en détruisant la membrame médullaire au moyen d'un stylet ou d'un autre corps étranger, et déjà, le quatorzième jour, il vit que le périoste était devenu extrêmement vasculaire, volumineux, et que le nouvel os commençait à prendre de la solidité. D'autre part, M. Stanley a remarqué qu'après avoir détruit le périoste; jamais un nouvel os ne se formait aux dépens de la membrane médullaire.

Nous admettons donc : 1° que le périoste seul sert à former le nouvel os ; 2° que le périoste et la partie d'os demeurée saine, lorsque la nécrose n'envahit pas toute l'épaisseur de l'os, concourent à réparer la partie morte ; 3° que la membrane médullaire ne concourt jamais à former le nouvel os, et qu'elle paraît avoir pour usage exclusif de sécréter la moelle et de servir à la formation des cicatrices molles, lorsqu'elle est enflammée.

Je n'ignore pas cependant que des autorités imposantes ont admis l'ossification de la membrane médullaire dans la formation du cal ; c'est ainsi que Duhamel a noté l'état de cette membrane, que MM. Breschet et Cruveilhier ont trouvé les bouts des fragmens remplis par un cal intérieur, analogue au cal périostique, chez des pigeons et des lapins. Troja, par expérimentation, dit avoir démontré l'ossification de la membrane médullaire ; il remarqua, après avoir tué les pigeons soumis à l'expérience, sept à huit jours après, la *membrane médullaire ossifiée*. Il avait, dans cette expérience, dépouillé le tibia des parties molles ainsi que du périoste, et il trouva les restes de ce dernier ossifiés.

M. Cruveilhier dit avoir vérifié l'ossification de la membrane médullaire par une expérience. Ce professeur avoue cependant n'avoir rencontré dans l'homme que des rudimens intérieurs de ce cal.

D'abord, je ferai remarquer que le fait rapporté par MM. Breschet et Cruveilhier ne prouve pas que cette

membrane eût été le fait d'une ossification, puisque le dernier, à la page 41 de son *Anatomie pathologique*, dit : « Que les bouts des fragmens étaient remplis par « un cal intérieur assez analogue au cal extérieur, « formé comme lui de substance spongieuse, remplis- » sant entièrement le canal à l'endroit fracturé, et al- » lant progressivement en diminuant à mesure qu'on » s'en éloignait; en sorte que ce cal, facile à isoler de » l'os, était cylindrique à l'extérieur et creusé en de- » dans par une cavité conique. » Il n'y a dans ce fait, pour nous, qu'inflammation de la membrane médullaire et solidification de la moelle, par le fait même de l'irritation.

Quant aux expériences de Troja et à celle qui est propre à M. Cruveilhier, elles ne sont pas assez détaillées pour qu'on puisse les regarder comme probantes, puisqu'on parle d'ossification de la moelle et non de la membrane médullaire : le temps qu'a indiqué Troja pour l'ossification de la membrane médullaire nous a paru un peu court.

Quant à l'oblitération du canal médullaire après l'extraction ou l'expulsion d'un séquestre, elle est due, non à l'ossification de la membrane qui le tapisse, mais à sa destruction ou à des bourgeons développés de la face profonde de l'os nouveau qui marchent à la rencontre les uns des autres, et cette ossification même contraste, pour sa densité, avec le reste du canal médullaire, que l'on dit persister dans le nouvel os ou se reformer par absorption plus tard, comme cela a lieu après la formation du cal. Dans les os nouveaux que nous avons sous les yeux, avec mortification de toute l'épaisseur de l'os primitif, le canal médullaire s'est oblitéré, ou si l'on rencontre des cavités, elles sont cloisonnées, n'offrant plus rien de régulier, et sont tapissées à l'intérieur par une membrane de nouvelle formation, bien différente de la membrane médullaire. Entre le séquestre et l'os nouveau, nous avons rencontré de bourgeons très-vasculaires, gonflés de sang, mais ils étaient le produit de la lymphe déposée par suite de l'irritation entretenue par le corps étranger, et n'indiquaient nullement une membane médullaire de nouvelle formation ; car il ne m'est guère possible d'admettre sa réparation, ainsi que le renouvellement du périoste, lorsqu'il a été détruit. M. Cruveilhier admet que la moelle se reproduit d'après des expériences. Je n'ai vu la membrane médullaire demeurer au centre de l'os nouveau que lorsqu'elle a été enflammée et non détruite, cas dans lequel elle se continue dans le canal médullaire après l'extraction du séquestre, en se rapprochant de l'intérieur de la coquille nouvelle, de la non-oblitération de ce conduit.

C'est ce que j'ai pu observer chez un nommé David, amputé dans le but d'arrêter l'abondance de la suppuration, survenue à la suite d'une plaie d'arme à feu du genou, et dont toute l'épaisseur du fémur se nécrosa dans l'étendue de plusieurs pouces. La membrane médullaire bourgeonna hors de l'os, forma tampon, ne s'ossifia pas, un nouvel os fut formé par le périoste ; je fis l'extraction du séquestre, et la membrane médullaire put alors se confondre avec l'intérieur du cylindre nouveau.

Lorsqu'une tumeur se développe à l'intérieur d'un os, aux épiphyses, par exemple, à mesure qu'elle augmente de volume et qu'elle use l'os de dedans en dehors, la mince couche de substance compacte extérieure est frappée de mort par l'oblitération des vaisseaux qui se prolongent, de l'extérieur ainsi que de l'intérieur, dans la substance compacte et la fluctuation se déclare, les parties molles s'ulcèrent, et des plaques osseuses gangrenées sont expulsées avec de la sanie purulente. C'est la marche qui suit la nature dans certains spina-ventosa, dans les tumeurs vasculaires des os. Le périoste, dans tous ces cas, s'est enflammé en même temps que la vie cessait dans l'os primitif, et a sécrété une lymphe qui s'ossifie irrégulièrement, de manière a représenter des sortes de coques, de poches osseuses énormes, trouées dans différens sens, présentant beaucoup d'aspérités à l'extérieur et moins de prolongemens osseux à l'intérieur.

Sans avoir la prétention ni l'intention de dire tout ce qui a rapport aux changemens qu'éprouve le séquestre et qu'il fait éprouver aux os voisins, aux articulations, ainsi qu'aux accidens qui se déclarent pendant son existence au sein de l'os nouveau, je m'occuperai du cheminement de l'os ancien en quelques mots et de l'arrêt de développement de l'os nouveau.

Lorsque l'os primitif est enveloppé par l'os nouveau, devenu très-épais et qui n'offre que des ouvertures disproportionnées au volume du séquestre, alors ce dernier, par sa présence, détermine une inflammation et une suppuration continuelles, et produit par son séjour un ramollissement qui lui permet de cheminer dans le sens le plus déclive, de sorte qu'il peut finir par traverser une articulation et pénétrer dans une des surfaces articulaires des os qui contribuent à la former.

Je conserve un fémur, une rotule et un tibia confondus par leurs surfaces articulaires au moyen d'une véritable cicatrice osseuse, comme le démontre la coupe verticale. Sur cette pièce curieuse, et dont je ne connais pas d'exemple, l'os primitif conservé au milieu d'un os nouveau, avec sa forme cylindrique, son canal médullaire, a cheminé à peu près au centre de l'os secondaire, en se rapprochant toutefois un peu de la partie postérieure, en se déviant sur le condyle interne du tibia, dans lequel il s'est enfoncé dans l'étendue d'un demi-pouce à peu près, de manière à former une espèce de pont d'un os à l'autre au travers de l'articulation. La rotule est confondue avec les condyles du fémur, et ceux-ci avec les surfaces articulaires du tibia. C'est donc par une sorte d'inflammation ulcérative, comme le voulait Hunter pour les parties molles, ou une ostéite ulcérante, comme l'admet M. Gerdy, que l'os a cheminé d'un lieu à un autre.

Je ne parlerai pas des fistules permanentes qui résistent même à l'enlèvement du séquestre, et du traitement qui consiste à détruire le trajet fistuleux pour en obtenir la cure, non plus que de la phlébite, que je crois assez rare dans la nécrose.

Quelquefois le nouvel os est arrêté dans son développement osseux et demeure à l'état de cartilage, ce qui nous semble dû ou à la constitution du sujet ou à la mobilité de la partie. N'est-ce pas aux muscles nombreux qui prennent des points fixes sur l'os nouveau de la mâchoire, lorsque celle-ci se nécrose et à ses fréquens mouvemens, qu'est dû son défaut de résistance chez un homme dont l'os maxillaire avait été nécrosé et qui fut opéré par M. Gerdy?

Je ne parlerai en aucune manière des symptômes de la nécrose; je dirai seulement que les douleurs que ressentent les malades affectés de cette maladie, ont leur siége dans le membrane médullaire, dans le périoste enflammé, dans les parties molles, confondues entre elles à la longue par la lymphe qui les unit, laquelle prend de la dureté, rend difficile le jeu des muscles, la locomotion des artères, et qui rend impossible, après l'amputation, la ligature immédiate de ces vaisseaux. Le diagnostic de la nécrose, qui peut être confondue avec des fistules et la carie, ne m'occupera pas davantage.

Les fistules surviennent à la suite d'ostéite déterminée par un séquestre qui les a entretenues et qui persistèrent, comme déjà il a été dit, après sa destruction.

L'introduction de la sonde dans les ouvertures fistuleuses ne fait connaître aucune trace de corps sec; au contraire, l'instrument pénètre avec facilité à des profondeurs variables, et il ne sort que quelques gouttes de sang après cette exploration; cependant il arrive quelquefois que la sonde rencontre une partie d'os dure, et alors la même résonnance existe, que si un séquestre était enseveli dans un os nouveau; c'est ce qui m'est arrivé sur un jeune homme qui présentait plusieurs ouvertures fistuleuses qui, sondées, me donnèrent la sensation d'un os mort. Chez ce jeune homme, le séquestre avait été détruit et expulsé par les ouvertures accidentelles. Je trépanai le tibia et le malade guérit. Ces fistules eussent été interminables si je n'avais détruit leurs trajets. La méprise ne serait donc pas grave, puisque le traitement est le même.

Peut-on confondre la nécrose avec la carie? Il est arrivé bien des fois qu'elle a été confondue avec la dernière; les trajets fistuleux développés à la partie moyenne des os longs, le bruit sec, résultat de l'exploration, la résonnance dans cet endroit, ne permettent pas la moindre méprise sur l'existence d'une nécrose.

La carie, qui est un ulcère des os, prise dans le sens acceptionnel, est, comme l'a indiqué Béclard, et comme les auteurs modernes l'ont écrit, bien plus rare qu'on ne le pensait jadis.

Cependant on voit tous les jours des dépressions, des cavités à la surface des os larges, des os courts, qui paraissent être une véritable érosion semblable à celle des parties molles. C'est ce que nous avons observé pour le tibia dans un ulcère atonique, c'est ce que nous avons rencontré à la suite des ulcères syphilitiques du crâne, ainsi que dans les os courts chez les malades scrofuleux.

Mais, encore une fois, soit que l'on veuille admettre que ces altérations sont le produit d'une absorption morbide dirigée contre l'organe lui-même, ou qu'elles sont le résultat d'une inflammation ulcérative, je ne puis croire à l'existence d'une carie sans nécrose, précisément à cause des particules salines qui tombent sous forme pulvérulente, ou même du séquestre pendant le travail morbide, en conservant tous les caractères de l'os nécrosé. Toutes les fois qu'une inflammation s'est emparée des parties molles, qu'elle est de nature ulcérative, que le périoste a été rongé et que l'os finit par être résorbé, toujours des parcelles d'os se détachent et sont entraînées par la suppuration. Un autre genre d'altération, de carie, donne lieu aussi à la nécrose, mais d'une manière un peu différente; c'est l'inflammation qui s'empare de l'épaisseur de l'os, qui détermine l'exhalation de la lymphe, la sécrétion du pus, qui en imprègnent toutes les molécules, d'où amincissement et décollement de la couche mince extérieure de l'os frappé de mort, la circulation n'étant plus possible dans les diverses substances. Aujourd'hui même, j'ai sous les yeux une pièce pathologique qui démontre que la carie des os courts n'est autre qu'une inflammation terminée par nécrose. Les os du tarse, le cuboïde, le scaphoïde et l'astragale, qui tous ont perdu de leur poids, de leur consistance, sont complétement nécrosés, faciles à couper; laissant suinter de toutes parts, comme d'une éponge dont on exprime l'eau, du pus en grande quantité, du sang altéré, couleur lie de vin; friables, et dont j'ai enlevé la couche mince de substance compacte qui les entourait avec une extrême facilité; elle était transformée en escarre. J'ai été surpris de la quantité de pus que contenaient le scaphoïde et le cuboïde; on aurait dit que, par la pression, on allait réduire ces os en un liquide purulent qui sortait de petits foyers dont les parois avaient été formées par la destruction des cellules voisines. Le stylet, la sonde cannelée la traversaient comme du beurre, et cette nécrose avait tous les caractères de la carie signalée par les auteurs.

Je crois donc que la carie est toujours une ostéite des cellules avec nécrose dans une étendue qui est en rapport avec celle de l'inflammation et la quantité de liquides purulens et sanguinolens qui remplissent le tissu osseux. Le grand nombre de maladies des os que l'on remarque à l'hôpital Saint Louis m'a permis de faire les reflexions que je viens de soumettre à l'Académie des sciences.

Je n'ai l'envie ni de répéter ce que l'on a écrit sur le traitement de la nécrose, ni de combattre les diverses méthodes de traitement intérieur, ou extérieur ayant seulement le désir de faire connaître une méthode qui jusqu'à présent n'a été qu'indiquée, la trépanation.

Nous n'avons donc pas besion de parler des moyens prophylactiques de la nécrose, de la manière dont on doit combattre le gonflement des os courts, qui, au premier degré, n'est qu'une inflammation et une nécrose, dite carie, dans une période plus avancée. Je dirai seulement que le repos, les antiphlogistiques, les frictions qui favorisent la résorption des liquides dé-

posés au sein de l'os doivent être mis en usage pour s'opposer aux progrès de la maladie qui sans cela se transforme (en carie) en nécrose.

Disons que, lorsque la nécrose est établie, les chirurgiens se pressent trop d'ébranler l'os, et qu'ils n'attendent pas assez le travail réparateur de la nature médicatrice.

Ce sont les secousses imprudemment imprimées à un séquestre qui déterminent des inflammations violentes, des phlegmons diffus, qui minent les malades par l'abondance de la suppuration, et les épuisent si l'amputation ne vient à leur secours. Un homme, atteint par les éclats d'un fusil crevé, ne conservait de sa grave blessure qu'une nécrose d'une phalange, à laquelle on imprima trop tôt des mouvemens pour l'extraire, ce qui détermina une inflammation violente, un phlegmon diffus, une suppuration abondante, qui épuisa le malade jusqu'au moment où l'amputation vint l'arracher à une mort inévitable. Les tentatives d'extraction de l'os nécrosé doivent donc être faites avec prudence, lorsqu'il s'agit d'une phalange nécrosée qui, de toutes parts, est entourée par des nerfs et des vaisseaux nombreux.

C'est pour ne pas avoir attendu la réparation par le périoste, lorsqu'il a été ménagé, que les malades désirant l'amputation perdent une phalange qui aurait pu être reproduite.

Il se présente à nous une question, c'est de savoir quand il faut amputer dans la nécrose ou avoir recours à la trépanation.

Delpech prétend que l'on ne doit pas extraire un séquestre lorsque, par sa présence, il ne détermine pas une suppuration abondante et la détérioration de la santé générale; il blâme hautement, dans ces cas, une thérapeutique énergique car, suivant lui, on doit espérer que le séquestre sortira par une des ouvertures fistuleuses, après avoir perdu de son volume; et, au contraire, si l'écoulement du pus est abondant, si le sujet devient hectique, il faut sans plus tarder, mettre un terme à un pareil désordre par l'extirpation de l'os mort. L'amputation, ressource dernière de la chirurgie, doit être, suivant lui, mise en usage, lorsque le séquestre se rapproche d'une grande articulation ou lorsqu'il l'a atteinte.

Je ne pense pas comme Delpech qu'on doive demeurer simple spectateur de ce qui se passe, en attendant la sortie spontanée de l'os mort par une des fistules et l'oblitération de celle-ci; car, comme nous l'avons dit, à la longue elles s'organisent et entretiennent après son expulsion un écoulement variable dans sa quantité et sa qualité. On doit craindre que la suppuration n'épuise le sujet, n'expose la contitution à des habitudes de déplétion qui sont suivies, après la guérison, d'hypertrophie du sang et de congestion, et craindre enfin que l'irritation n'agglutine, ne confonde les muscles et ne rende par là les mouvemens difficiles ou impossibles. Il faut donc se débarrasser de ce corps étranger, pour éviter des suppurations plus graves, des érysipèles, des phlébites, mais on ne doit le faire que dans le indications suivantes :

1° Lorsque l'os est superficiel, ou que les parties molles sont tellement réunies par l'excès d'irritation, qu'elles forment un seul tout compacte, au point que ses vaisseaux sont altérés, fournissent peu de sang, et que le pus n'a aucune tendance à s'infiltrer dans l'épaisseur des parties, qui ont perdu leur laxité. Il résulte de là que la trépanation doit être mise en usage aussi bien pour les bras et la cuisse que pour le tibia; il ne faut donc pas se laisser effrayer par la *compacité* du membre, par sa dureté, parce que, suivant nous, c'est une heureuse cironstance qui nous permet d'attaquer l'os sans des craintes de phlegmon diffus, et, sous ce rapport, le volume du membre, le nombre des parties, la profondeur de l'os, ne seront pas alors une contre-indication.

2° Lorsque le séquestre est devenu mobile, ce qui permet de l'enlever sans tractions violentes et douloureuses.

3° Lorsque l'os nouveau a pris de la solidité et est devenu complètement osseux, sans quoi le chirurgien compromettrait le salut du membre, le poids du corps ou les mouvemens devant courber la nouvelle production osseuse. Il est donc nécessaire, indispensable même que l'os nouveau se moule sur l'ancien, qui lui sert de tige et de colonne; sans ce dernier, en effet, le membre plierait et le malade ne pourrait marcher.

4° Lorsque le travail de réparation est entièrement fini.

5° Lorsque l'os primitif sort par une ouverture fistuleuse; mais les tractions ne doivent pas être faites sur lui lorsqu'il est trop serré, ou lorsqu'il ne peut pas être saisi par les ouvertures qui doivent être agrandies : c'est à l'aide de la trépanation qu'on doit le mettre à découvert.

Comment doit-on pratiquer cette opération?

1° La plupart de nos grands maîtres veulent qu'on attaque l'os malade, avec raison, par le point où les vaisseaux sont moins nombreux, par celui où les chairs ont le moins d'épaisseur, en comprenant dans l'opération les fistules.

2° Dans un second principe, ils conseillent de comprendre, dans deux incisions semi-elleptiques, les parties molles où se trouvent les fistules, d'enlever les chairs et de mettre l'os à découvert.

3° Dans un troisième temps, on procède à la trépanation de l'os, qui, suivant nous, doit être faite sans désemparer, quoique Boyer pense qu'on puisse la remettre si le sang gênait trop l'opérateur.

On sait que quelques praticiens ont conseillé de pratiquer cette sorte de résection avec la gouge et le maillet, fertiles en inconvéniens; aussi préfère-t-on la trépanation avec une tréphine ou un trépan ordinaire.

Un professeur propose, après avoir mis l'os à découvert, d'appliquer une ou deux couronnes de trépan à la partie inférieure du séquestre et de détruire les lamelles osseuses qui demeureraient entre les ouvertures pratiquées à l'os, de saisir le premier, de l'ébranler et de le retirer, à moins qu'il n'offre beaucoup de résistance, ce qui pourrait amener le tétanos, qui a été quelque-

fois la suite des efforts qu'on avait faits pour l'extraire.

D'abord il peut bien arriver que quelquefois deux couronnes de trépan suffiront pour extraire le séquestre; mais l'expérience m'a démontré qu'il en fallait un plus grand nombre, quatre ou cinq, rarement moins de trois, si on veut éviter des tractions douloureuses, etc. Secondement, en attaquant le séquestre par la partie la plus déclive, il n'est pas sûr qu'on tombera précisément dessus, et alors on aura pratiqué une opération inutile; et, en supposant qu'on tombât juste, on ne pourra l'extraire qu'avec difficulté, et peut-être pas du tout, s'il offre quelque longueur.

Il me semble donc que, pour être sûr d'arriver sur le séquestre, il ne faut pas perdre de vue les fistules osseuses, car il peut bien se faire, comme nous l'avons rencontré, et comme nous en citerons un exemple, que l'os mort ait de beaucoup dépassé la partie déclive. Quant à la crainte d'affaiblir l'os par un plus grand nombre de couronnes de trépan, cela ne me paraît pas fondé, car l'os secondaire a plus de volume que l'ancien, et on ne fait une perte de substance que dans un point, et non dans une grande partie de la circonférence, parce qu'ensuite les parois osseuses qui demeurent prennent plus de développement et d'épaisseur, comme l'anatomie pathologique nous l'a prouvé.

Il m'a paru qu'on pourrait rendre le procédé d'extraction plus simple et le dépouiller de ses dangers : 1° par une incision simple sans enlèvement des parties molles; 2° par l'application de couronnes de trépan, dont le nombre doit être en rapport avec celui des fistules, qui me paraissent être en proportion de l'étendue du séquestre; 3° par une dissection des lèvres de la plaie; 4° par la formation de deux lambeaux qui laissent en haut et en bas au milieu un espace angulaire de parties molles; 5° par le chevauchement des couronnes de trépan les unes sur les autres, de manière à ne pas laisser de cloisons osseuses.

Pour donner une idée plus circonstanciée de ce procédé, prenons un exemple de son application dans un cas de nécrose du tibia.

Je commence, après avoir exploré les fistules, reconnu l'étendue du séquestre par l'introduction d'une sonde métallique dans chacun des trajets fistuleux, par faire une incision suivant la longueur du tibia, en comprenant la plupart d'entre eux dans le trait de bistouri; elle doit pénétrer jusqu'à l'os nouveau du premier coup, et à chaque point où elle finit et commence viennent se rendre deux autres incisions obliques, qui se réunissent dans la division commune, de manière qu'on obtient ainsi un espace considérable. Les chairs sont ensuite disséquées jusqu'à l'os, en promenant le bistouri dans toute la longueur de la division. En procédant de la sorte, quelle que soit la densité des tissus, leur fusion, si on peut s'exprimer ainsi, on peut attaquer l'os facilement, quelle que soit la largeur de la couronne de trépan. Les lambeaux qui, après la guérison, recouvrent la surface de la plaie, empêchent la rupture de la cicatrice et rendent la difformité peu considérable.

Ces lambeaux, l'un porté en dehors, l'autre en dedans, tenus par des aides et recouverts de linges fins, enduits de cérat, je procède à l'application des couronnes de trépan, dont le nombre est en rapport avec celui des fistules et l'espace qui les sépare, de manière à les comprendre, autant que possible, dans chaque portion trépanée.

On est prévenu qu'on est arrivé au séquestre par un défaut de résistance, et on doit être averti que celui-ci est entouré par du pus, du sang et des bourgeons qui paraissent en masquer la présence. Après l'extraction du séquestre, il sort des bourgeons déchirés une quantité de sang assez considérable qui se mêle à celui qui est fourni par les parties molles et la substance de l'os nouveau.

J'abaisse les lambeaux sur la surface sinueuse de la plaie et la recouvre d'un linge troué enduit de cérat, de charpie trempée dans l'eau froide et de compresses longuettes imbriquées les unes sur les autres.

Que se passe-t-il après cette opération?

Boyer a indiqué le gonflement des parties molles, la suppuration et les exfoliations qui se font sur les coupes qu'a pratiquées la scie circulaire, les bourgeons qui recouvrent les surfaces sinueuses, l'affaissement osseux des bords de la division, la lenteur avec laquelle la cicatrice se forme et la dépression que l'on retrouve après la cicatrisation de la plaie, dépression qui est en rapport avec la perte de substance que l'on a pratiquée.

(*La suite au prochain numéro.*)

BULLETIN CLINIQUE.

Les faits, leur interprétation.

AOUT 1836.

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

SERVICE DE M. LE PROFESSEUR ANDRAL.

Symptômes de fièvre typhoïde avec altération très-légère du tube digestif et collection purulente entre la colonne vertébrale et le pharynx. — Léger mal de gorge pendant la vie.

On a beaucoup débattu, dans ces derniers temps, la question de savoir jusqu'à quel point l'ensemble des symptômes qui caractérisent la fièvre typhoïde doit être considéré comme le résultat constant d'une inflammation du tube digestif, et en particulier de celle des follicules intestinaux.

L'observation suivante nous a paru digne d'être publiée comme propre à éclairer cette grave question. Elle montre en effet un cas dans lequel non-seulement ont apparu les symptômes de fièvre typhoïde, mais de plus où ces symptômes se sont succédés dans l'ordre suivant lequel ils se manifestent pendant le cours de cette maladie; c'était véritablement une dothinentérie par la nature des désordres fonctionnels, par leur succession et leur enchaînement, et cependant le tube digestif n'offrit après la mort que des altérations très-légères, incapables certainement de rendre compte des phénomènes morbides observés pendant la vie. Le développement très-peu considérable des follicules était, si on veut, un des élémens de la maladie, il ne pouvait en être considéré comme la cause; mais ailleurs existait un désordre bien autrement grave : c'était un abcès considérable, soudainement formé derrière le pharynx; et l'obscurité de cette lésion, la difficulté de son diagnostic sont encore autant de circonstances qui ajoutent à l'intérêt de l'observation que nous publions. Cet abcès était-il lui-même la cause de la fièvre typhoïde? n'en était-il lui aussi qu'une lésion secondaire, ou qu'un des élémens, comme la très-légère altération intestinale qui fut constatée, et la fièvre marche-t-elle accompagnée de ces lésions diverses, sans être déterminée par aucune? Ce sont là autant de graves questions que nous nous contenterons de poser et que nous soumettrons aux réflexions des observateurs.

Ce fait tendra du moins à prouver que tout n'en est pas fini avec la détermination du rôle que joue dans la fièvre typhoïde l'altération gastro-intestinale.

Salle Saint-Louis, n° 38, est couché le nommé Léger, garçon de bain, à Paris depuis deux ans. Depuis cinq ans, il a joui d'une bonne santé; il a eu, il y a huit mois, un premier mal de gorge, il est malade depuis quatre jours. Il s'était couché et endormi au soleil; il s'est réveillé avec un mal de tête assez violent, s'irradiant principalement vers la nuque; en même temps, anorexie, dévoiement, malaise. La nuit suivante, mal de tête, agitation.

Le lendemain et le surlendemain, persistance des mêmes symptômes; plus, mal de gorge qui est survenu sans frisson.

État actuel, 2 juillet. — Face médiocrement colorée, front assez chaud, céphalalgie disparaissant par le repos, peu d'étourdissemens, pas de vertiges ni de bourdonnemens d'oreille, épistaxis (il y est sujet). Avant-hier sentiment de faiblesse et de fatigue, pas de douleurs dans les articulations; langue sèche, rouge à la pointe, enduit blanc au centre; soif vive; anorexie. L'amygdale du côté gauche est un peu volumineuse; rougeur du pharynx et du voile du palais. A l'extérieur, tuméfaction plus prononcée à gauche qu'à droite. Douleur en avalant, surtout les boissons; ventre indolent, partout souple, sans ballonnement; trois selles ce matin; pas de taches à la peau; 84 respirations; peau chaude, halitueuse; 28 respirations; pas de palpitations; son normal à la région du cœur. Un peu d'impulsion au cœur. Aucun bruit anormal; sujet à tousser depuis plusieurs années; respiration bonne de deux côtés en avant; quelques bulles de râle muqueux en arrière; des deux côtés, son normal. La salive est légèrement alcaline. — (Saignée de quatre palettes; infusion pectorale; diète.)

3 *juillet.* — Caillot large, consistant, occupant tout le diamètre du vase; peu de sérum; pas de couenne. Douleur moins vive à la gorge; déglutition plus facile; encore un peu de gonflement à l'amygdale; persistance de la rougeur du pharynx et du voile du palais; langue sèche et rouge; deux selles liquides; pas de douleur de ventre; 84 pulsations; 24 respirations. — (Diète, boissons émollientes.)

4 *juillet.* — Sentiment de faiblesse; impossibilité de marcher; étourdissemens; persistance de la sécheresse de la langue; dents également sèches; gencive inférieure recouverte d'un enduit blanc; ventre souple, indolent; pas de selles depuis hier; 80 pulsations, 20 respirations; les boissons reviennent par le nez. — (Orge, pot. gommeuse, 24 sangsues au cou).

5 *juillet.* — Même état d'affaissement. 112 pulsations; pouls petit; un peu de stupeur. Les sangsues ont coulé toute la journée très-abondamment; langue plus sèche

qu'hier; elle est comme racornie, toujours aussi rouge; une selle; léger gargouillement dans la fosse iliaque droite; pas de taches; sudamina à la base du cou.

6 *juillet*. — Déglutition facile à l'extérieur; moins d'enflure et moins de douleur; l'amygdale gauche est toujours un peu tuméfiée; le voile du palais et le pharynx offrent une teinte rouge brunâtre; langue humide, recouverte d'un enduit épais; quelques envies de vomir; persistance des sudamina; diphtérite légère, bornée aux gencives; ventre plat; pas de taches; pas de selles depuis hier; écoulement purulent par l'oreille droite (le malade y souffrait depuis trois ou quatre jours); intelligence nette; abattement un peu moins prononcé; 104 pulsations. (Une bouteille d'eau de Sedlitz, diète).

7 *juillet*. — Erysipèle borné à l'oreille droite; langue rouge, colante, recouverte d'un enduit blanc, avec croûte brunâtre au centre; soif assez vive; peu d'appétit; pas d'envie de vomir; pas de coliques; deux selles; ventre souple, indolent; chaleur âcre à la peau; pas de taches persistantes des sudamina; 112 pulsations; 32 respirations; pouls développé, tendu et assez dur; pas de mal de gorge; dents sèches; enduit blanc aux gencives inférieures.—(Eeau de Sedlitz, une bouteille; limonade; diète).

8 *juillet*. — L'érysipèle persiste et a envahi toute la joue droite et une partie du front du même côté; abattement général; prostration; immobilité des membres et du tronc. Langue extrêmement sèche, râpeuse, rouge, cornée sur les bords, croûteuse au centre; lèvres extrêmement sèches et croûteuses dans quelques points; dents également sèches, un peu fuligineuses; même enduit aux gencives inférieures; selles abondantes; ventre naturel pour la forme, souple et indolent; persistance des sudamina; pas de taches sur l'abdomen; pouls fréquent, 106 pulsations; peau sèche et brûlante; le malade est beaucoup plus mal qu'hier. — (Infusion pectorale, sinapismes aux pieds).

9 *juillet*. — L'érysipèle s'est étendu vers le bas de la face; la paupière droite est fortement tuméfiée et abaissée sur l'œil; quatre selles hier; 120 pulsations; pouls développé: peau chaude, brûlante; 32 respirations. — (Saignée de trois palettes).

10 *juillet*. — Caillot petit, rétracté, d'une consistance ordinaire, recouvert d'une couenne mince, à bords relevés; sérosité abondante. Il y a eu du délire la nuit; ce matin, stupeur; l'érysipèle n'a pas augmenté; la joue s'est un peu affaissée; langue très-sèche, encroûtée; dents sèches; persistance des sudamina; apparition de nouveaux sudamina à l'abdomen; la rate dépasse un peu le bord des fausses côtes. Pas de ballonnement du ventre; plusieurs selles; 142 pulsations; 20 respirations. La respiration est très-haute, bruyante dans le larynx. Le pouls est faible; l'artère est comme vide. En avant, râle sibilant dans plusieurs points de la poitrine. — Limonade 2 pots, potion gommeuse, sinapismes aux jambes, diète).

11 *juillet*. — Délire violent toute la nuit; application de la camisole; persistance du dévoiement; endolorissement de tout le ventre, déterminé par la pression; peu de chaleur à la peau; persistance du râle muqueux à la partie antérieure de la poitrine; 140 pulsations 20 respirations; persistance du gonflement de l'amygdale gauche. — (Même prescription. Plusieurs cataplasmes sur le ventre).

12 *juillet*. — Délire hier dans la journée; un peu de délire dans la nuit; deux selles liquides; état de stupeur et de prostration considérable; langue très-sèche, fendillée, brune; l'érysipèle est complétement flétri; l'amygdale gauche continue à être légèrement tuméfiée; ventre très-plat, toujours un peu douloureux; 140 pulsations; 28 respirations; le pouls est petit et faible; la respiration très-haute. — (Limonade 2 pots; plusieurs cataplasmes sur le ventre; sinapisme, potion gommeuse; diète).

13 *juillet*. — Langue extrêmement sèche, fendillée, brunâtre; prostration complète; 132 pulsations; pouls petit, filiforme; une selle; peu de délire la nuit; la respiration très-accélérée, laborieuse, très-profonde; en arrière, râle muqueux: à gauche, râle sous-crépitant. Le malade est très-mal. Même prescription.

14 *juillet*. — Mort dans la nuit.

Autopsie cadavérique, 28 *heures après la mort. Température élevée; temps sec.* — Presque pas de raideur cadavérique; vergetures nombreuses sur les parties déclives. Aucune trace d'épanchement dans les plèvres qui sont parfaitement saines, quelques faibles adhérences au sommet du poumon droit seulement. Les deux poumons dans leur tiers postérieur (partie qui correspond à la déclivité du cadavre) sont rouges, gorgés de sang noirâtre; la pression en fait sortir un liquide séro-sanguinolent très-spumeux. Aucune trace de ramollissement du tissu pulmonaire dans leurs deux tiers antérieurs; les deux poumons sont emphysémateux. Cet emphysème est constitué uniquement par la dilatation des vésicules pulmonaires dont un grand nombre offre le volume d'un grain de chenevis, et n'est disposé en lobules emphysémateux que dans certains points; presque partout il est général, sans qu'il y ait de lobules qui se dessinent davantage par leur saillie plus grande. L'emphysème est un peu plus prononcé sur le poumon droit que sur le gauche. Du reste, on ne trouve aucune trace d'hépatisation, aucun vestige de tubercules, aucune apparence d'altération quelconque, autre que celles qui viennent d'être notées.

Les bronches sont remplies d'une grande quantité de mucosités opaques et jaunâtres qui sortent des petites bronches sous forme de gouttelettes, sans qu'on incise le tissu pulmonaire. La muqueuse qui tapisse les bronches, offre une injection d'un rouge vif général.

Cœur. — Son volume est anormal; son tissu un peu flasque; ses cavités dans un rapport naturel de dimension et d'épaisseur des parois. Les cavités droites sont distendues par un caillot fibrineux, adhérent à leur surface interne et tapissées par une couleur rouge foncée, qui paraît être due à la fois à un commencement de putréfaction et à l'imbibition du sang après la mort. Les cavités gauches remplies par une assez grande quantité de sang. Caillot moindre que dans les cavités

droites, n'offrant pas la même altération de couleur que celles-ci ; les orifices sont libres et les valvules parfaitement saines. Rien au péricarde : une cuillerée ou deux de sérosité dans son intérieur. Foie volumineux, mais sain. Vésicule distendue par de la bile noirâtre, d'une consistance normale ; membrane interne de la vésicule saine.

Rate d'un volume considérable, double à peu près de ce qu'il devrait être : son tissu peu foncé en couleur, offrant une résistance plutôt exagérée que diminuée.

Le Pancréas est sain. — *Estomac.*—La muqueuse de l'estomac, partout d'une consistance normale, offrant également son épaisseur ordinaire ; elle est un peu injectée, sous forme de piqueté rouge vers son grand cul-de-sac, et principalement autour du cardia. Du côté du pylore, elle offre une légère teinte ardoisée. — *Intestin grêle.* —L'intestin grêle est rempli par une matière verte assez foncée, qui devient de plus en plus épaisse à mesure qu'on s'approche du gros intestin. Dans toute sa longeur, il offre alternativement une zône d'un rouge brun et une zône d'une blancheur normale. Ces zônes ont environ un ou deux pieds d'étendue, et les portions rouges paraissent être le résultat cadavérique, d'autant plus que la muqueuse n'offre aucune altération d'épaisseur et de consistance : cependant, vers la fin de l'intestin grêle, la rougeur devient plus vive, plus générale, et il est douteux au moins que là il n'y ait qu'une rougeur cadavérique. Dans toute l'étendue de l'intestin grêle, des veines nombreuses se dessinent sous la muqueuse. Cette injection veineuse se retrouve dans le mésentère et dans la plupart des organes abdominaux. A partir du milieu environ de l'intestin grêle, on commence à rencontrer des plaques de Peyer, plus ou moins développées, et offrant des caractères différens. Recherchées avec soin, on en compte de douze à treize jusqu'au cœcum. Elles ont de un à deux pouces de long sur quatre lignes environ de large ; mais les unes, et le plus grand nombre, offrent si peu de saillie, qu'on les distingue moins par l'effet de cette saillie que par l'interruption des valvules conniventes de l'intestin à leur niveau. Elles ne présentent du reste aucune altération de couleur. D'autres offrent une saillie notable, mais sans altération de couleur. Leur surface est comme mamelonnée, légèrement gonflée. Leur nombre tient le milieu entre les précédentes et les suivantes. Enfin quatre de ces plaques sont plus saillantes, encore gonflées comme les précédentes à leur surface et d'un rouge vif. Quant à leur disposition, elles ne sont pas, comme on pourrait le croire, de plus en plus altérées à mesure qu'on se rapproche du cœcum. Ainsi, en commençant par l'extrémité la plus élevée, la seconde plaque que l'on rencontre, est une plaque rouge tuméfiée : les deux suivantes, sont à peine altérées ; la quatrième, est encore rouge et tuméfiée ; enfin une dernière plaque rouge existe vers le cœcum. Aucune de ces plaques n'est ulcérée. — *Gros intestin.* — Le gros intestin est sain, si on en excepte une teinte rougeâtre que l'on rencontre sur sa muqueuse, et qui paraît être un résultat de l'altération cadavérique. L'appendice vermiculaire n'offre aucune altération. Les reins sont sains. La vessie et les uretères ne sont pas examinés.

— *Crâne.* Les veines de la dure-mère sont injectées. La substance cérébrale incisée dans tous les sens, la couche optique, les tubercules quadrijumeaux, les corps striés, les cornes d'Ammon, le mésocéphale, le cervelet, les parois ventriculaires, examinés avec soin et incisés par tranches, ne présentent aucune trace d'altération, si ce n'est un peu d'injection et la présence d'une petite quantité de liquide rouge. Lorsqu'on incise la substance cérébrale, cette substance offre aussi un léger degré d'œdème.

La moelle épinière n'a pas été examinée.

Gorge. Amygdales.—Le cou étant disséqué de façon a séparer la trachée et l'œsophage des vertèbres cervicales, en commençant par la partie inférieures du cou, on arrive à une collection purulente abondante, limitée en avant par le pharynx, en arrière par la colonne vertébrale, et en dessous de l'amygdale dont il est séparé par une aponévrose et remontant jusqu'à l'apophyse basilaire et la face inférieure du rocher du temporal ; le pus qu'elle renferme est épais, jaunâtre et de bonne formation. L'amygdale elle-même, du côté gauche, n'offre aucune altération ; elle est peu volumineuse et pour ainsi dire astrophiée.

Entéralgie simulant la colique de plomb, chez un individu qui n'avait manié aucune préparation saturnine, guérie par les purgatifs.

Au n° 21 de la salle Saint-Louis, fut couché le nommé Lescrit, terrassier, âgé de 28 ans. Bonne constitution, peau brune, cheveux bruns, muscles développés.

Cet homme travaille habituellement toute la journée au soleil ; il a eu une hémopthysie il y a trois semaines, à la suite d'une chûte qu'il fit à cette époque.

Etat actuel, 5 juillet. — Coliques très vives depuis quatre jours, précédées d'anorexie ; bouche mauvaise, langue ordinaire, vomissemens, douleurs vives dans les genoux. Ce malade passa douze nuits dehors, et s'endormit dans un endroit humide.

Il se couche sur le ventre, parce que, dans cette position, il souffre beaucoup moins. Selles incomplètes et très rares ; 76 battemens artériels ; 16 respirations par minute. La respiration est pure dans tous ses points ; il n'y a pas de fièvre. — (Limonade pour boisson ; diète ; un lavement purgatif.)

Le 6, même état. Le décubitus a toujours lieu sur le ventre. Pas de selles ; coliques toujours vives. Il n'a plus d'envies de vomir ; langue pâle et humide ; 76 battemens artériels ; 20 respirations par minute. (Limonade ; eau de Sedlitz, une bouteille ; une soupe.)

Le 7, le malade a été dix fois à la garde-robe ; il se trouve beaucoup mieux ; les coliques ont disparu ; il n'a pas d'envies de vomir ; point de mal de tête ; langue naturelle ; appétit ; le ventre est souple et indolent ; 74 battemens artériels ; 20 respirations par minute. (Tisane d'orge, quart d'alimens.)

Le 8, il continue à être très bien; les douleurs de ventre n'ont point reparu.

Le 9, le malade quitte l'hôpital. en bonne santé. Le ventre est toujours souple et indolent.

Cet homme passe douze nuits dehors, et s'endort dans un lieu humide. Tout-à-coup, et sans aucune autre cause, il éprouve des douleurs atroces dans le ventre et qui ressemblent assez bien aux douleurs produites par la colique saturnine. En effet, le ventre n'était point ballonné ni douloureux à la pression, et le décubitus avait lieu sur le ventre, car dans cette position le malade souffrait moins.

En pareil cas, que fallait-il faire? quelle lésion existait-il? Il y avait plusieurs jours qu'il n'avait été à la garde-robe. Il sembla à M. Andral que les purgatifs pouvaient être utiles. En effet, ils furent administrés : le malade prit une bouteille d'eau de Sedlitz qui procura dix selles; il fut mis à la diète et il ne tarda pas à entrer en convalescence.

C'est là un de ces cas dans lesquels, en raison de l'existence des douleurs vives, on pourrait croire à l'existence d'un travail inflammatoire, et alors on poursuivrait la maladie, mais sans aucun succès, par les émissions sanguines et autres moyens anti-phlogistiques. Le succès obtenu par un autre mode de traitement, montre combien une maladie qui cède aussi facilement à des irritans du tube digestif, doit différer par sa nature d'une inflammation.

Pendant le mois qui vient de s'écouler, nous avons eu occasion d'observer dans le service de M. Andral, plusieurs malades qui n'offraient pas, comme celui dont il vient d'être question, une vive douleur abdominale, mais qui présentaient un trouble notable dans les fonctions des voies digestives, et qui furent guéris dans un court espace de temps par l'emploi des purgatifs. Sans doute on a fait un étrange abus de cette classe de médicamens: mais ce serait se priver d'un des moyens thérapeutiques les plus puissans que de s'abstenir toujours de leur emploi, et il est un certain nombre d'états morbides, ainsi qu'on peut le voir journellement dans les salles du savant professeur, qui cèdent plus facilement à ce genre de médication qu'à tout autre.

Il y a encore peu de jours qu'un jeune homme atteint d'emphysème pulmonaire, est entré à la Charité dans un état de suffocation imminente. Deux saignées lui furent pratiquées et ne le soulagèrent que médiocrement; il prit ensuite, a plusieurs reprises, deux fois deux gouttes d'huile de Croton tiglium, et immédiatement après l'administration de ces évacuans énergiques, la dyspnée diminua; les râles qui indiquaient l'obstruction des bronches, diminuèrent, puis disparurent, et le malade, délivré de son accès d'asthme, quitta l'hôpital, ne conservant plus que les phénomènes qui le lient à l'emphysème pulmonaire, réduit à son état de plus grande simplicité. C. Hamon.

SERVICE DE M. LE PROFESSEUR VELPEAU.

Phlébite. — Traitement par les frictions mercurielles.

Gobert, Marie, âgée de 24 ans, domestique, d'une constitution médiocrement forte, lymphatique, habitant depuis 4 ans Paris, où elle se porte assez mal, et où elle s'ennuie beaucoup, a éprouvé, il y a trois mois, du dérangement dans ses règles; elles coulent beaucoup moins abondamment que d'habitude; leucorrhée peu abondante dans l'intervalle. Il y a dix jours, qu'ayant eu une menstruation imparfaite, elle a été prise de tiraillemens, de coliques dans le bas-ventre; céphalalgie, anorexie; on lui a pratiqué une saignée sur la médiane basilique; la piqûre ne fut pas plus douloureuse que dans les saignées ordinaires. On lui tira peu de sang, parce qu'elle se trouva mal promptement; on pansa avec une compresse et une bande. La malade n'exprima rien de la journée; elle fit son ouvrage comme à l'ordinaire. Le lendemain, un peu de douleurs au-dessus de la saignée; la malade relâcha la bande qui la serrait trop; la plaie était fermée. Le troisième jour, douleur plus vive à la partie inférieure du bras; on lui ordonne seize sangsues qu'elle ne met pas. Il y a déjà du gonflement et de la rougeur; elle continue à travailler; elle applique des cataplasmes. Le cinquième jour, son bras est rouge, tuméfié, très-douloureux; il y a de la fièvre, de la céphalalgie, des vomissemens: cataplasmes. La malade baigne son bras dans de l'eau de guimauve. Les jours suivans, le bras est devenu plus rouge, plus douloureux, plus tuméfié. Le sixième jour, elle applique vingt-cinq sangsues sur le trajet de la veine céphalique; la tuméfaction diminue un peu, mais la rougeur et la douleur persistent. Le 7, la malade entre à la Charité. Le 8 juillet, à son entrée, la malade présente tout le bras, les deux tiers supérieurs de l'avant-bras, rouge, tuméfié, avec tension, rénitence: douleur vive à la pression, surtout à la partie antérieure et un peu externe. On trouve au côté externe, un ruban large, dur, résistant, plus rouge, semblant renfermer un cordon plus dur, irrégulier dans son trajet; ce cordon se prolonge au côté radial de l'avant-bras, jusque près du poignet; léger engorgement de la main: petite plaie dans le pli du bras, avec décollement de l'épiderme, douloureuse, avec un léger suintement purulent; pouls fréquent; langue blanchâtre, pas de nausées; un peu de céphalalgie. Compresses graduées, imbibées d'eau-de-vie camphrée; bandage compressif sur le bras et l'avant-bras; potage.

Le 9, la malade a beaucoup souffert de la compression; on l'enlève. La rougeur et la tuméfaction sont un peu moindres au bras; elles paraissent avoir gagné du côté de la main; douleur très-vive au toucher; on remet le bandage compressif.

Le 10, douleurs vives dans la nuit; fièvre avec chaleur et sueurs, pas de frissons, pas de nausées; tout le membre est tuméfié, tendu, résistant; cordon de la

céphalique large, dur, inégal, très-sensible; rougeur plus intense à l'avant-bras. Frictions matin et soir avec onguent mercuriel; compresses souvent imbibées d'eau de guimauve.

Le 11, la malade a encore bien souffert de son membre; sensation de brûlure très-vive; quelques élancemens près du poignet. Frissons hier dans la journée; pas de nausées; le pouls conserve de la fréquence; soif vive. Lavemens laxatifs; frictions mercurielles et eau de guimauve.

Le lendemain, la malade va mieux; elle a dormi; la tuméfaction est moindre; mais moins de tension; très-peu de fièvre. Les jours suivans, le mieux continue: même traitement. Plusieurs plaques plus rouges, plus douloureuses sur le trajet de la veine, menacent de s'abcéder: on ouvre un petit foyer au pli du bras; il en sort un pus rougeâtre, sanguinolent.

Le 15, la malade va assez bien; le pouls conserve un peu de fréquence; langue blanchâtre; sommeil; douleurs presque nulles; les tissus du membre se rapprochent de l'état normal; pas de rougeur; très-peu de *tuméfaction*; la largeur du cordon, dur au devant du *bras*, a diminué; il n'y a plus de douleur à la pression. Les gencives commencent à se tuméfier, sont douloureuses; légère ulcération des bords; pas de salivation. On diminue de moitié la dose du mercure en frictions.

Le 16, la salivation est assez abondante; quelques ganglions du cou sont engorgés. On cesse le mercure.

Le lendemain, on ordonne de l'alun en poudre sur les gencives; la malade s'en laisse mettre difficilement, surtout le soir. Gargarisme aluminé.

Le 19, la salivation continue, peu abondante; hier la malade n'a pas voulu d'alun en poudre; elle s'est seulement gargarisée; on sent toujours sur la partie externe du bras, un cordon assez large, dur, résistant, indolent à la pression, sans rougeur. La malade ne veut pas qu'on lui porte d'alun dans la bouche. On la renvoie.

Les accidens qui peuvent survenir à la suite de la saignée, sont assez nombreux; ils peuvent dépendre de la piqûre de l'aponévrose, d'un filet nerveux, de la malpropreté de l'instrument, d'une cause interne quelquefois inappréciable. Il peut en résulter une angioleucite, un érysipèle phlegmoneux, une phlébite qui peut avoir son siége ou dans la couche cellulaire qui entoure la veine, ou dans la membrane interne de ce vaisseau. Ce siége n'est pas indifférent, car il aura un grand poids dans le pronostic. En effet, si l'inflammation se borne au tissu cellulaire qu'entoure la veine, elle pourra s'arrêter facilement sous l'influence d'une médication active, et sa marche ne sera pas ordinairement bien rapide; dans le cas contraire d'inflammation de la membrane interne, le traitement a une action beaucoup plus indirecte; des symptômes graves peuvent se manifester promptement; la phlegmasie gagne bientôt les gros vaisseaux; il y a transport de pus dans le torrent de la circulation, et des foyers purulens se forment dans les viscères de l'économie. Ici, ce n'est pas une angioleucite, car il y aurait des stries rouges, onduleuses en zig-zags; quelques plaques rouges disséminées; il n'y aurait pas de cordon dur, saillant, aussi large, et ce cordon est placé sur le trajet de la veine céphalique; les ganglions de l'aisselle seraient engorgés et douloureux, tandis qu'il n'y en a aucune trace. Ce n'est pas un érysipèle phlegmoneux, car le gonflement et la rougeur partiraient de la piqûre pour s'étendre de là plus ou moins loin, également dans toutes les directions; il y aurait des élancemens; la fluctuation existerait déjà avec suppuration considérable. C'est une phlébite; il y a eu suppuration de la plaie, qui bientôt a amené des accidens généraux; perte d'appétit; céphalalgie, nausées, vomissemens; langue limoneuse; fréquence du pouls. La phlébite n'est pas interne, car il n'y a pas de signes d'empoisonnement du sang par le pus résorbé; dans ce cas, de graves accidens se seraient déclarés, et la mort serait arrivée promptement; mais on trouve un cordon large, douloureux, saillant, dur sur le trajet de la veine; l'inflammation part de là pour s'étendre au tissu cellulaire environnant, et la rougeur semble diminuer d'intensité à mesure qu'elle s'éloigne de ce point; c'est donc une phlébite externe. Cette phlébite peut se compliquer d'angioleucite, d'érysipèle phlegmoneux, de phlébite interne; aussi le pronostic doit-il être grave.

On a employé contre la phlébite les émissions sanguines, la compression, les frictions mercurielles qu'on a conseillées dans presque toutes les inflammations. Ici, ces trois moyens ont été mis en usage. On a eu recours à la compression pendant deux jours; mais l'inflammation se maintenait, on craignait qu'il n'y eût des foyers déformés: quant aux émissions sanguines, il faut employer de préférence les sangsues en grand nombre, de peur que par la saignée les autres veines ne soient prises d'inflammation. On a proposé aussi des scarrifications nombreuses sur le trajet de la veine; elles ont paru utiles dans quelques cas. Les vésicatoires volans ont aussi été mis en usage; enfin, les frictions avec l'onguent mercuriel, qui ici, ont eu une action dont on ne peut méconnaître l'heureux résultat.

U. Lacombe.

De la mauvaise haleine guérie par le sulfate d'alumine; par M. A. Cavarra, docteur en médecine et en philosophie de l'Université de Palerme.

Dans le courant de l'année 1836, je prescrivis six grains de calomélas à une dame qui se trouvait horriblement constipée par l'usage répété d'une substance stiptique. Ces six grains de protoxide de mercure produisirent chez la malade une salivation des plus abondantes, que je fus bientôt obligé de combattre. J'ordonnai en effet, pour cette maladie, des pastilles de soufre, des gargarismes de lait, et tous les remèdes qui sont généralement employés contre la salivation. Je fis suivre le traitement pendant huit jours, mais la salivation ne diminua point pour cela; au contraire, je suis

convaincu que le malade eût salivé encore long-temps si je ne lui eusse point administré un gargarisme de sulfate d'alumine, que dans de semblables cas j'avais vu employer avec succès par le docteur Velpeau, dans son service à la Charité. La malade guérit ; mais qu'elle fut ma surprise, lorsque je vis qu'elle était guérie aussi d'une mauvaise haleine, telle qu'on ne pouvait tenir dans la chambre qu'elle occupait. Je pensai d'abord que le résultat pouvait provenir de la sécrétion continuelle de la salive ou de l'espèce de lavage continu que ce liquide aurait pu opérer dans la bouche. Ainsi, pour vérifier ma conjecture, je me proposai de traiter le premier cas venu de mauvaise haleine, par le gargarisme d'alumine tout seul, afin de m'assurer de son effet. L'occasion ne tarda pas à s'offrir : une jeune personne affectée de mauvaise haleine, vint se soumettre à mon traitement. Au bout de quinze jours d'emploi du gargarisme d'alumine, je vis, à ma grande satisfaction, la malade complètement guérie. Il était donc évident que chez la première malade, la guérison n'avait pas été obtenue par la salivation ou par le lavage continu, mais bien par le sulfate d'alumine.

Cette substane peut donc être regardée comme possédant une vertu spéciale dans les cas de mauvaise haleine. J'en ai acquis, en effet, une nouvelle preuve à quelque temps de là.

Une jeune dame vint réclamer mes soins pour une maladie de poitrine ; je la soignai et je fus assez heureux pour la guérir. L'ayant engagée à faire usage d'un gargarisme de sulfate d'alumine pour conserver ses gencives, elle se trouva délivrée très-promptement d'une haleine insupportable.

Depuis lors, je suis fondé à regarder le gargarisme de sulfate d'alumine comme un remède puissant dans les cas de mauvaise haleine.

Je ne crois pas néanmoins qu'il faille pour cela renoncer à l'action du chlore et du nitrate d'argent, car le chlore et le nitrate d'argent détruisent en cautérisant, comme le sulfate d'alumine, les pustules qui tapissent la muqueuse de la bouche et de l'arrière-bouche, desquelles émanent certaines exhalations qui corrompent l'expiration et forment la mauvaise haleine.

Certes, je ne prétends pas guérir une mauvaise haleine qui a son siége dans les fonctions digestives ; j'engage seulement les confrères, d'après les faits énoncés, à vouloir traiter par un gargarisme de sulfate d'alumine, toutes les mauvaises haleines qui ont leur siége dans la cavité antéro-postérieure de la bouche, et qui résistent au chlore et au nitrate d'argent.

On peut du reste se servir du gargarisme alumineux sans aucune crainte ; car d'après l'usage qu'on en fait dans les hôpitaux, l'on sait qu'il n'est nullement dangereux, et qu'au contraire, selon ce que j'ai rapporté, il est évidemment bienfaisant.

J'ai cru de mon devoir de publier les heureux effets du gargarisme d'alumine, afin que l'on puisse profiter de ses bienfaits.

La proportion de la solution est la suivante :

Prenez : Sulfate d'alumine. ℥ ij
Eau. ℥ iv.
Mêlez.

On peut doubler la dose du sulfate d'alumine.

Je fais gargariser le matin et le soir, seulement, en se levant et en se couchant.

Ce gargarisme a une saveur un peu désagréable, mais de peu de durée.

JOURNAL DES CONNAISSANCES

MEDICO-CHIRURGICALES.

JUILLET ET AOUT 1836.

Des rapports de l'angine laryngée œdémateuse avec la phthisie laryngée.

Notre but, dans ce travail, est de prouver que l'angine laryngée œdémateuse ne diffère presque jamais (1), *quant à sa nature*, de l'angine inflammatoire décrite par les auteurs, et dont Boërhaave nous a laissé un tableau si fidèle et si énergique dans les aphorismes suivans, que nous croyons devoir reproduire textuellement ici :

§ 801. « Si sola laborat pulmonalis fistula, illæsis *aliis, in interna* membrana sua musculosa, tum oritur ibi *tumor*, calor, dolor, febris acuta calida, cæterum externa signa nulla ; vox acuta, clangosa, sibilans ; inspiratio acutè dolens ; respiratio parva, frequens, erecta cum summo molimine ; hinc circulatio sanguinis per pulmones difficilis ; pulsus mirè et citò vacillans ; angustiæ summæ ; cita mors. Estque hæc una ex iis, quæ funestissimæ, nec externa dant signa : quò verò propiùs glottidi et epiglottidi malum, eò sanè magis lethale. »

§ 802. « Si larynx imprimis acutè inflammatur ; et sedem habuerit malum in musculo albo glottidis et simul in carnosis ei claudendæ inservientibus, oritur dirissima, subitò strangulans angina. Signa ut priora (801), dolor in elevatione laryngis ad deglutitionem ingens, auctus inter loquendum atque vociferandum ; vox acutissima, stridula ; citissima cum summis angustiis mors. Estque hæc, *sinè* signis externis, omnium pessima. »

Bayle est le premier qui ait tracé l'histoire de la grave maladie qui nous occupe. Bichat (*Anat. descrip.*, tom II, pag. 404, édit. de 1823) avait parlé, comme d'un fait connu des médecins, de l'infiltration à laquelle sont sujets les ligamens arythéno-épiglottiques ; voulait-il parler des observations rapportées par Morgagni ? Nous l'ignorons ; mais nous avouons ne pas connaître d'autre recueil antérieur à Bichat, où il en soit fait une mention spéciale.

Bayle donc, lut à la Société de médecine de Paris, le 18 août 1808, un mémoire sur une maladie à laquelle il imposa le nom d'œdème de la glotte (1) et qu'il regardait comme différant essentiellement de l'angine laryngée inflammatoire.

En 1815, un élève de la Faculté de Paris, M. Thuilier, soutint la même opinion dans sa thèse inaugurale ; et, dès lors, l'œdème de la glotte eut droit de cité, comme maladie spéciale, dans le cadre nosologique.

Ce ne fut qu'en 1825, que M. Bouillaud osa contredire l'opinion de Bayle et de M. Thuilier (2) ; et, depuis cette époque, aucune monographie remarquable n'ayant été publiée sur ce sujet, la question est restée indécise, balancée entre quelques observations isolées qui prouvaient, suivant leurs auteurs, tantôt pour l'ancienne manière de voir, tantôt pour la nouvelle.

Nous croyons donc qu'il ne sera pas sans intérêt de discuter aujourd'hui les *deux* opinions émises. Plus riches que nos devanciers de tous les faits publiés depuis leurs travaux, et, peut-être, mieux placés qu'eux pour observer les maladies qui se rattachent aux premières voies de la respiration, nous espérons être assez heureux pour jeter quelque jour sur la question en litige.

Morgagni, cité par Bayle et par M. Bouillaud, parle évidemment, dans sa lettre quatrième, d'altérations du larynx qui se rapportent à l'angine laryngée œdémateuse.

Nous ne parlons pas du charcutier dont il est question lettre IVe, art. 24 ; de toute évidence, la maladie de cet homme se rapporte à l'angine aqueuse ou catarrhale ténue dont parle Boërhaave (*Aphor.* 791), et

(1) Nous disons presque jamais, parce que dans les exemples assez nombreux de maladies du larynx que nous avons vus ou que nous avons lus dans les auteurs, nous n'en avons trouvé qu'un seul qui pût être incontestablement regardé comme appartenant à l'angine laryngée œdémateuse de Bayle.

Le voici : Une petite fille de huit ans, que nous voyions en consultation avec M. le docteur Henry, avait eu la scarlatine ; huit jours après la terminaison de l'exanthème, elle fut prise d'une anasarque générale ; la face, les lèvres et la bouche s'infiltrèrent, et, bientôt après, apparurent tous les symptômes d'une angine œdémateuse. Les laxatifs et les durétiques furent employés vigoureusement ; la diaphorèse s'établit ; les urines coulèrent en abondance ; l'anasarque disparut et avec elle tous les symptômes de suffocation.

(1) Notons ici, en passant, que la dénomination d'œdème de la glotte est tout à fait impropre, non pour les raisons qu'a données M. Ollivier des Brulais, dans sa Thèse inaugurale, soutenue à la Faculté de médecine de Paris, le 11 avril 1835, mais parce que *la glotte est une ouverture* et qu'elle ne peut en conséquence s'œdématier ; il faudrait dire *œdème des parois de la glotte*. Nous nous servirons dans la suite de l'expression angine laryngée œdémateuse.

(2) Le mémoire de M. Bouillaud a été publié dans les *Archives générales de médecine,* tom. VII, troisième année, février 1825.

nous sommes surpris que, ni M. Bouillaud, ni Bayle, n'aient fait cette remarque (1).

Quant au cultivateur de l'art. 26, lettre IV[e], voyons ce que dit Morgagni des altérations que révéla l'examen de sa gorge après sa mort :

« Ore autem denique aperto, primum in conspectum » venit tumor, nuci juglandi fermè par, qui dexteram » palati partem quâ molaris dens erat plurimum vitia- » tus, et exesus, cum continente gingiva occupabat, » et pure, ex parte cocto turgebat. Porro membrana » quâ uvula et contignæ partes, atque exterior larynx » ad extremum usque epiglottidis apicem conteguntur, » cum in summo livida erat, tum concisa, innumeras » quasi cellulas sub se ostendit, quarum tenues, et » subrubri parietes quædam, ut sic dicam, *gelutina* » cellulas complente, distendebantur. Quæ his cellulis » suberant, eo quidem sana apparebant; at interior ta- » men laryngis facies subrubro colore propè glottidem » infecta erat, ipsaque glottidis latera, quæ utroquin » albicabant, ut solent, *multo magis quam soleant con-* » *nivebant.* »

Comment est-il possible que Bayle n'ait pas aperçu qu'ici la tumeur suppurée de la bouche était le point de départ de tous les accidens? Comment n'a-t-il pas reconnu par la couleur livide de l'épiglotte, par l'injection sanguine de la muqueuse laryngée les caractères d'une inflammation de ces parties? Si quelque chose nous étonne, c'est que M. Bouillaud, en combattant Bayle, ne se soit pas servi de l'arme que celui-ci lui avait mise dans les mains, en citant cette observation.

La lettre XXII[e] de Morgagni, art. 24, à laquelle renvoie Bayle, n'a aucun rapport avec la lésion dont nous nous occupons actuellement. Il y est question d'un médecin qui, présentant tous les signes rationnels de la phthisie trachéale, rendit en crachant, quelque temps avant de mourir, un morceau de fibro-cartilage, paraissant appartenir à la trachée.

L'autopsie ne fut pas faite. Il faut donc qu'il y ait eu erreur de Bayle dans cette citation, car il était assez riche de son propre fonds pour ne pas simuler de l'érudition en faisant des citations fausses ou hasardées.

Quand on lit avec attention le mémoire de cet auteur, d'ailleurs si judicieux, tel qu'il l'a reproduit dans le *Dictionnaire des sciences médicales*, tom. XVIII, pag. 505, on est frappé des nombreuses contradictions qui s'y trouvent.

Ainsi, nous lisons, pag. 506 :

« L'angine laryngée œdémateuse ne peut pas être » confondue avec l'angine laryngée inflammatoire, si » bien décrite par Boërhaave (§ 801). La violence de » la fièvre dans cette dernière maladie, son absence dans » l'œdème de la glotte suffisent pour distinguer ces deux » affections, dont la marche est d'ailleurs très-diffé- » rente. »

Et, page 507, après avoir dit que l'angine laryngée œdémateuse est primitive ou consécutive, il ajoute :

« Quand cette angine est primitive, elle paraît te- » nir à une affection catarrhale ou inflammatoire du » larynx, etc. »

Et plus bas, en traitant des causes de l'angine laryngée œdémateuse, on lit :

« Ce sont (les causes) toutes celles des maladies in- » flammatoires et catarrhales, agissant chez un indi- » vidu prédisposé à une *irritation* du larynx. Mais, » quelle est cette dernière prédisposition? en quoi dif- » fère-t-elle de celle qui produit l'angine laryngée in- » flammatoire? etc. Je l'ignore, etc. »

Ainsi, voilà donc une angine non inflammatoire qui paraît tenir à une affection catarrhale ou inflammatoire et produite par toutes les causes susceptibles d'occasionner les inflammations.

Et pourquoi cette maladie doit elle être séparée de l'angine inflammatoire de Boërhaave? Parce que, dans celle-ci, il y a toujours de la fièvre; tandis que celle-là « n'en est pas *ordinairement* accompagnée » (pag. 105).

La fièvre, cette réaction générale de l'organisme contre les agens de trouble, ne dépend-elle donc pas, quand elle est consécutive, de la gravité de la lésion locale qui y donne lieu, et, en même temps, de la disposition actuelle du sujet? Quand cette lésion locale sera faible, ou que l'individu qui en sera atteint portera une constitution débile, ou qu'il aura été épuisé par de longues et pénibles maladies, cette réaction ne

---

(1) Voici les passages de Morgagni, qui mettent hors de doute notre opinion à ce sujet :

« Salsamentarius, cujus taberna erat Venetiis contra portam armentarii publici, consistente ætate, bono habitu, et subpingui; ex quo aliquot ante mensibus ægrotaverat, non amplius ita hilaris, ut olim fuit, nec tamen de incommodo questus est uno quod ad caput attineret, ad quod neque illæ attinuerant ægrotationes.

« Huic pridie nonas sextiles anni 1708, nulla prævia evidenti causa, nisi forte ex cibo, in quo vel extremis vitæ diebus deliquit, *valde intumuit bucca sinistra tumora inde se extendente infra mentum atque auriculam.* Neque eo minus in taberna fuit sua, aut ea quæ facere et comedere solebat omisit. Sed postridie nonas vix è lecto, *in quo noctem bene dormierat,* surrexit, seque induit, cum repente magno, et vehementi cum impetu per cubiculum bis terve ambulavit, statim que consedit, atque ut se haberet interrogatus, heu, heu, heu, respondit, *ilique illicò mortuus est.* »

Certes, ce n'est pas là la marche, ce ne sont pas là les symptômes qu'on s'accorde à attribuer à l'angine laryngée œdémateuse; voyons quelles altérations nous révélera l'autopsie.

Après avoir décrit l'état de la poitrine et du ventre, Morgagni ajoute :

« Antequam cranium secaretur, quæ natura esset et quæ penitiores tumoris illius sedes, cujus exteriores descripsi, quæsitum est. Parotis glandula ipsa erat integra : *membranæ tantum quæ hanc et proximas integebant partes, præsertim vero adipsosæ, stagnante in iis sero turgebant.* Sanguis vero et ipse stagnans, imo, ut videbatur, quasi effusus, posteriora pharyngis, aliasque interiores colli partes maculaverat.

« . . . . Conspectæ igitur sunt membranæ, *quæ linguæ radicem, tonsillas et exteriorem undique laryngem convestiunt.* Lento, subflavo sero plurimum turgidæ sic tamen, ut tonsillæ ipsæ, et canalium quos memoravimus *interiora* secundum naturam se haberent, etc. »

participera-t-elle pas de la faiblesse du sujet ou du peu d'importance de la lésion ?

Personne, je crois, ne répondra négativement à ces questions. Et cependant, c'est ce qu'on ferait en admettant que les deux angines que nous comparons ne sont pas de même nature, par cela seul que l'une est avec fièvre et que l'autre manque ordinairement ce ce symptôme.

Dans le passage que nous avons cité plus haut, Bayle se demande en quoi cette disposition à l'angine laryngée œdémateuse diffère de celle à l'angine inflammatoire; mais il a soin de nous le dire lui-même, ainsi que M. Thuilier : C'est que tous les sujets chez lesquels ces deux médecins ont observé la maladie « étaient des personnes affaiblies par des maladies antérieures. » Et, par conséquent, chez lesquels la réaction fébrile devait être faible ou nulle.

Quant à la couleur blanche des ligamens aryténo-épiglottiques, remarquée chez les sujets ouverts par Bayle et M. Thuilier, elle s'explique suffisamment par les réflexions suivantes :

1° Ces ligamens étaient *infiltrés* de pus ou de matière *séro-purulente* : il n'est donc pas étonnant que la couleur de la membrane muqueuse ait été celle des liquides qu'elle recouvrait. D'ailleurs, on ne connaît guère, que nous sachions, d'exemples de pus *formé* sans inflammation préalable. Et cet argument de la couleur blanche des parties qui sont le siége de l'infiltration, serait, dans ce cas, totalement en faveur de ceux qui regardent l'angine laryngée œdémateuse comme de nature inflammatoire.

Au reste, il n'est pas très-rare, comme on sait, de voir co-exister la pâleur et la suppuration dans les parties pourvues d'un tissu cellulaire lâche et lamelleux.

Ce phénomène s'observe assez souvent dans les paupières à la suite des érysipèles; lorsque, après la cessation de toute action vitale, le sang qui n'est pas combiné avec les tissus rentre dans les voies de la circulation par le seul fait de sa pesanteur.

2° Cette coloration blanche n'est pas constante; et quand le malade est mort promptement, et surtout que sa maladie l'a saisi au moment où il jouissait d'une santé intacte, ou que, comme le malade de la deuxième observation de M. Bouillaud, il était en proie à une maladie inflammatoire (érysipèle de la face), les parties ont été souvent trouvées rouges et enflammées.

3° Enfin, quand les ligamens de l'épiglotte, gonflés, seraient trouvés blancs, sans contenir de pus dans le tissu cellulaire qui unit leurs deux lames muqueuses, cela ne devrait pas plus surprendre que de voir, comme il arrive souvent, la conjonctive pâle ou jaune chez des individus morts pendant le cours d'un chémosis, le pharynx pâle ou jaune chez des sujets morts en proie à une angine pharyngienne, ou la face décolorée sur les cadavres d'invidus qui ont succombé à un érysipèle intense de cette partie.

En vain arguera-t-on du caractère spécial de l'inspiration et de l'altération de la voix : dans l'angine inflammatoire la voix est altérée comme dans l'angine œdémateuse; et, quant à l'inspiration, elle sera plus gênée si la tumeur occupe les ligamens aryténo-épiglottiques, et si cette tumeur, étant molle, peut être entraînée dans le larynx par l'air inspiré, que quand elle occupera la partie inférieure du larynx; dans ce cas, l'expiration pourra être plus difficile que l'inspiration, et on ne pourra pas dire pour cela que la *nature* de la maladie a varié avec le lieu sur lequel elle est fixée.

Ces considérations seront, nous le croyons, suffisantes pour faire partager au lecteur notre opinion sur la nature inflammatoire de l'angine laryngée œdémateuse primitive de Bayle. Nous allons maintenant passer à l'examen de l'angine laryngée consécutive que cet auteur n'a fait qu'indiquer, et qui, par sa fréquence et sa gravité, l'emporte de beaucoup sur la première.

Lorsqu'une partie du corps est le siége d'une plaie ou d'un ulcère, les environs de la perte de substance ne tardent pas à s'infiltrer de liquides, à s'engorger et à former alentour une tumeur variable par son volume, par sa sensibilité et par sa couleur, suivant le lieu où elle est placée, suivant la constitution du sujet, et souvent aussi, suivant la nature de la lésion qui y donne lieu. On donne alors à cette tumeur le nom d'engorgement inflammatoire, non parce que le lieu qu'il occupe est enflammé, mais parce que l'engorgement est provoqué par l'inflammation d'un lieu voisin. Tant que cet engorgement occupe des parties peu essentielles à la conservation de l'individu, on y fait peu d'attention, parce qu'on sait qu'il est un effet naturel de l'inflammation par laquelle l'organisme travaille à réparer le mal, et qu'il disparaîtra avec la perte de substance. Celle-ci, dans ce cas, reste donc toujours l'affection principale, et c'est à la guérir que doivent tendre tous les efforts du médecin.

Aussi, l'homme de l'art s'assurera toujours de la nature de la lésion, et, sans s'occuper de l'engorgement consécutif, il opposera un traitement approprié et variable suivant qu'il aura affaire a une plaie, à un ulcère simple, dartreux, scrophuleux, syphilitique, etc.

Mais quand l'engorgement aura lieu sur une partie où sa présence peut donner lieu aux accidens les plus graves; quand un chancre, en causant l'infiltration du prépuce, aura occasionné un phimosis ou un paraphimosis, quand une éraillure de la conjonctive oculaire aura donné lieu à un chémosis qui menace d'abolir la vision; qu'une lésion, traumatique ou non, aura infiltré les bords supérieurs du larynx ou le tissu cellulaire sous-jacent à la membrane muqueuse qui tapisse sa cavité, l'engorgement alors devient momentanément l'affection principale, parce que sa présence causerait des accidens plus graves que la maladie primitive elle-même; et c'est contre cet engorgement que doivent être dirigés tous les moyens thérapeutiques.

Dans ce peu de mots est contenue l'histoire de l'angine œdémateuse consécutive. Nous croyons que c'est faute d'avoir poussé assez loins leur réflexions sur cette seconde espèce d'angine, que Bayle a soutenu qu'elle n'est pas de nature inflammatoire, et M. Bouillaud, qu'elle l'est toujours.

Expliquons notre pensée :

Quand une ulcération existe dans le larynx, sur l'épiglotte ou ses ligamens latéraux, l'inflammation peut bien se propager assez loin au pourtour de l'ulcération, pour provoquer un afflux considérable de sang et produire ainsi dans ces ligamens une véritable tumeur inflammatoire, et c'est en effet ce que nous voyons arriver chez la malade citée dans la première observation du mémoire de M. Bouillaud (1).

Mais aussi, il peut arriver, et ce cas est le plus fréquent, que la tuméfaction du tissu cellulaire qui revêt l'extrémité supérieure des voies aériennes ne soit que le résultat de l'infiltration du pourtour de la plaie. Dans ce dernier cas, l'angine, pour être véritablement séreuse, devra-t-elle être considérée comme indépendante de toute inflammation ? Nous ne le pensons pas, car s'il n'eût pas existé d'inflammation préalable, l'infiltration n'aurait pas eu lieu.

Le chien dont parle Bichat (2) était atteint d'une angine aiguë, s'il en fut jamais : un corps étranger traversait son épiglotte et la tiraillait fortement; cependant l'infiltration des parties voisines était due à de la sérosité.

Les observations suivantes pourront jeter, nous l'espérons, quelque jour sur ce point de la science ; nous les rapporterons donc avec quelques détails.

Ire OBSERVATION, *extraite sommairement de la Thèse soutenue le* 11 *avril* 1835; par M. OLLIVIER des Brulais.

Un capitaine au cabotage, âgé de quarante-cinq ans, de tempérament lymphatique, avait subi autrefois un traitement mercuriel fort long, et l'opération de l'hydrocèle aux deux testicules. Il eut, en septembre 1832, un abcès au fond de la bouche. Depuis cette époque, douleurs habituelle au-dessus du sternum et dans le larynx ; voix enrouée.

Il part de Bordeaux, pour Nantes, sur son navire, le 20 mars 1833, et, quand il arriva dans cette dernière ville, sa douleur de gorge était sensiblement accrue.

Le 26 mars on commence un traitement antiphlogistique, qui n'empêche pas les accidens de marcher.

Le 29, les accidens sont aggravés au point qu'on se voit forcé de pratiquer la laryngotomie dans la soirée : un *tuyau de plume* est laissé dans la plaie pour permettre à l'air de pénétrer dans la poitrine.

Le mieux, qui fut immédiat, se soutint pendant trois jours ; mais le quatrième, le malade succomba avec tous les symptômes de l'asphyxie.

L'autopsie, faite dix-huit heures après la mort, fit voir dans le larynx et ses annexes les désordres suivans :

« Corps thyroïde sain ; muqueuse au-dessus de l'épi-
» glotte, blafarde, sans fausse membrane ; os hyoïde
» sain ; épiglotte pâle, un peu épaissie ; muqueuse et
» glande épiglottiques à l'état naturel ; ligamens épi-
» glotti-aryténoïdiens gonflés, *blancs, infiltrés par une*
» *substance gélatiniforme, transparente, tremblante,*
» *où l'on ne distingue ni infiltration purulente, ni*
» *stries vasculaires.* Cet œdème très-volumineux à gau-
» che, l'est moins à droite; il donne au ligament gauche
» une apparence fusiforme ; ligamens supérieurs de la
» glotte (cordes vocales supérieures) blancs, volumi-
» neux, d'un tissu qui ressemblerait à celui des liga-
» mens épiglotti-aryténoïdiens, s'il n'était plus ferme ;
» ventricule du larynx, perdu sous le développement
» des ligamens inférieurs de la glotte (cordes vocales
» inférieures) : ceux-ci, blancs, durs, criant sous le
» scalpel, sont rapprochés l'un contre l'autre, surtout
» en avant et en arrière ; *leur tissu peut être comparé*
» *à celui des testicules du sujet.* La muqueuse qui
» recouvre ces divers organes est blanche, épaissie.
» L'altération porte sur le tissu cellulaire sous-mu-
» queux, qui est hypertrophié. Les cartilages aryténoï-
» des sont sains, mais environnés d'un tissu blanc, dur,
» où vient aussi se cacher le bord supérieur du chaton
» du cricoïde, carié comme nous l'allons dire. La syno-
» viale crico-aryténoïdienne gauche a encore son as-
» pect naturel ; mais celle de la droite est noire. Le
» cartilage thyroïde, la membrane crico-thyroïdienne,
» percée seulement par l'ouverture artificielle (résultat
» de la laryngotomie) et l'anneau du cartilage cricoïde
» n'offrent aucune altération, tandis que toute la par-
» tie gauche de la face antérieure du chaton de ce-
» lui-ci est rongée par une carie noire, fétide ; la mu-
» queuse y est détruite, la face postérieure, réduite à
» une mince lamine, et déjectée en arrière, est encore
» couverte par les muscles. Les muscles crico-thyroï-
» diens sont à l'état normal. Les muscles crico-aryté-
» noïdiens postérieurs et latéraux ne paraissent pas al-
» térés dans leur tissu : mais leur face adhérente est
» noircie, et ils sont déjetés par la forme anormale du
» chaton. Les muscles thyro-aryténoïdiens ne se re-
» trouvent plus au milieu de la dégénérescence homo-
» gène de leur corde vocale. Le muscle aryténoïdien est
» reconnaissable, mais très-pâle. Tout le reste du larynx

(1) Cette observation a rapport à une femme de trente-quatre ans, qui mourut par asphyxie au septième jour d'une inflammation aiguë du pharynx et du larynx, et chez laquelle la membrane muqueuse du pharynx et celle du larynx présentaient, à l'autopsie, une rougeur vive et une belle injection. Cette rougeur s'arrêtait brusquement vers l'œsophage, mais se prolongeait dans la trachée-artère. Dans le larynx, du côté gauche, existait une ulcération à fond grisâtre, à bords rouges et relevés, et tout à fait semblable à un chancre. L'épiglotte enflammée était épaisse de plus de trois lignes ; il en était de même de ses ligamens. Le tissu cellulaire environnant était épaissi, infiltré et engorgé, en sorte que la glotte avait moins l'apparence d'une fente que d'un véritable trou.

(2) (*Anat. descrip.*, tome II, page 404). Bichat avait passé une ficelle dans l'épiglotte et avait tiré par ce moyen toute la partie supérieure du larynx à travers une plaie faite au devant du cou. Le lendemain il trouva l'animal mort ; les ligamens aryténo-épiglottiques étaient le siége d'une *infiltration séreuse* : c'est à cette infiltration que Bichat attribue la mort.

» n'offre de remarquable que l'aspect décoloré de la » muqueuse. La laryngotomie touche précisément au- » dessous des cordes vocales. »

Certes, personne ne pensera à nier que les désordres profonds, la carie, la dégénérescence squirrheuse aient précédé de beaucoup la formation de l'angine œdémateuse qui a été la cause immédiate de la mort du malade. Ces désordres n'ont pu avoir lieu sans déterminer dans les parties voisines une irritation considérable; l'œdème des ligamens aryténo-épiglottiques a été manifestement *la suite* de cette irritation, et cependant ils ont été trouvés « *blancs, infiltrés par une substance* » *gélatiniforme, transparente, tremblante, où l'on ne* » *distinguait ni infiltration purulente ni stries vascu-* » *laires.* »

Les trois autres observations suivantes, dont l'une est extraite du Mémoire de Bayle sur l'œdème de la glotte, et dont les deux autres sont prises dans notre propre pratique, nous montrent d'une manière si manifeste, si palpable, des lésions analogues donnant lieu aux mêmes effets, qu'il nous suffit de les rapporter sans réflexions aucunes.

II[e] Observation, *rapportée par* Bayle *dans son Mémoire sur l'angine laryngée œdémateuse, sous le n°* 6 (18 avril 1808).

Cette observation est relative à un malade qui mourut d'une angine laryngée œdémateuse, *dont la marche fut très-lente;* et chez lequel on put constater, outre des tubercules pulmonaires, la plupart suppurés, des désordres qui se rapportent évidemment à la phthisie laryngée : outre l'*infiltration ordinaire des bords de la glotte*, on trouva « à la partie postérieure de chaque » ventricule du larynx un ulcère assez profond, et dont » le fond avait une couleur noirâtre assez semblable à » celle des os nécrosés. Celui du côté gauche aurait pu » contenir un petit pois et avait détruit une portion de » la corde vocale supérieure, presque toute la base du » cartilage aryténoïde et une partie de la surface ar- » ticulaire du cricoïde.

« L'ulcère du côté droit avait la même direction; » mais il n'était pas plus large qu'une lentille; il n'a- » vait que peu entamé la corde vocale supérieure et l'ar- » ticulation crico-aryténoïdienne. Ces deux ulcères » étaient secs, ou du moins, on n'y apercevait pas sen- » siblement du pus.

« Rien de remarquable dans le cerveau. »

III[e] Observation. — *Angine laryngée chronique. — Suffocation imminente.— Trachéotomie.— Mort pendant l'opération. — Ulcération du larynx, œdème et induration des lèvres de la glotte.— Tubercules non-ramollis dans les poumons.*

Un homme de cinquante-deux ans, portier, grand, maigre, bien constitué du reste, et ne portant aucun des signes rationnels de la phthisie pulmonaire, entra à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Bernard, dans le courant du mois de novembre 1834. Il se plaint que depuis treize mois, sa voix s'altère graduellement; depuis six semaines surtout, après avoir été de plus en plus rauque, elle s'est presque entièrement éteinte. La respiration est devenue difficile; les inspirations sont laborieuses et sifflantes; l'expiration exige des efforts diaphragmatiques. Bientôt orthopnée incessante, réveils en sursaut, déglutition pénible, puis successivement, dysphagie, portées à ce point que le malade ne peut plus se coucher et n'avale que très-douloureusement quelques gouttes de bouillon.

Le doigt porté jusque sur l'ouverture supérieure du larynx, y perçoit un gonflement énorme. Extérieurement, la pression de la région hyoïdienne est douloureuse : le malade tousse sans cracher. La percussion et le sthétoscope n'indiquent aucune lésion pulmonaire.

Cet homme ayant eu autrefois la vérole, un traitement anti-syphilitique est prescrit. Pendant son administration, les accidens semblent un peu reculer; mais bientôt ils reparaissent avec imminence d'asphyxie tellement prochaine, que la trachéotomie reste comme dernière ressource au malade.

Dès que ce malheureux en est instruit, il nous conjure de ne plus temporiser, « qu'il va mourir suffoqué, si on ne se hâte de le faire respirer. » Cédant à un vœu aussi énergiquement exprimé, ainsi qu'à l'urgence de l'indication, nous disposons tout pour l'opération. Le malade vient courageusement s'asseoir sur un fauteuil, entouré d'un grand nombre d'élèves.

A peine le bistouri a-t-il divisé la peau, et avant qu'une seule goutte de sang soit répandue, le malade éprouve une syncope, quelques mouvemens convulsifs. Il revient à lui au bout de deux minutes : on continue l'opération. Nouvelle syncope, nouvelles convulsions; les mouvemens respiratoires semblent éteints. Le malade est de suite porté sur un lit où on se hâte d'ouvrir la trachée. La syncope persiste. Le sang des veines thyroïdiennes coule en bavant dans les voies aériennes qui s'en remplissent sans qu'aucun effort expirateur, autre que les spasmes dissonans de l'agonie essaie de les en débarrasser. On place le corps sur le côté pour favoriser la régurgitation; on aspire le sang à l'aide d'une sonde.... Le malade était mort.

A l'autopsie, l'épiglotte est trouvée très-tuméfiée; les lèvres de la glotte sont le siége de nombreuses et profondes ulcérations et d'un gonflement œdémateux et squirrheux très-considérable; l'ouverture qu'elles circonscrivent n'existe presque plus. Cette tuméfaction, qui s'étend aux tissus voisins, diminue d'une manière très-notable la partie inférieure du pharynx et supérieure de l'œsophage. Quelques tubercules non-ramollis sont disséminés dans les deux poumons.

Certainement l'opération eût dû être ajournée, et réitérée dans des conditions physiques et morales moins désavantageuses. Les fastes de l'art n'offrent que trop d'exemples de ces individus démoralisés, que la vue seule du fer chirurgical jette dans des syncopes profondes, ou qui ont succombé pendant une opération, sans qu'on puisse en accuser ni l'hémorrhagie, ni l'excès de

la douleur, ni la lésion des parties essentielles. De tels êtres, chez lesquels la vie ne tient pas, doivent être pour le chirurgien des espèces de *noli me tangere*. Malheureusement il est presque impossible de les reconnaître *à priori*. Mais lorsque la première épreuve les dénonce, les règles de l'art et de la prudence font un précepte de suspendre toute nouvelle tentative tant que le malade se trouve sous le coup de cette insidieuse fatalité.

L'état de faim et d'inanition dans lequel languissait depuis quelques jours cet individu, bien portant du reste, à cause de l'extrême difficulté de la déglutition, a sans doute chez lui favorisé puisamment la tendance lipothymique. Une pareille syncope eût peut-être été sans gravité dans le cours de toute autre opération, tandis qu'ici, la circonstance de l'écoulement d'un peu de sang dans la trachée ajoutait une cause de mort d'autant plus puissante, que par le fait de la lipothymie, la vie était directement menacée. Il n'a rien moins fallu qu'un tel collapsus pour que cette pénétration du sang dans les bronches ne déterminât pas d'efforts de toux et d'expulsion; car sur près de quatre-vingts opérations de trachéotomie que nous avons pratiquées chez des enfans très-jeunes et très-faibles atteints de croup membraneux, ou chez des adultes succombant à une phthisie laryngée non-tuberculeuse, jamais même l'ingurgitation d'une grande quantité de sang dans la trachée n'a été l'occasion du plus léger accident. Ce liquide est rejeté avec une impatience si énergique, qu'il ne fait pour ainsi dire qu'entrer et sortir. Mais dans le cas qui nous occupe, le malade, impuissant par la syncope pour réagir contre cette cause d'asphyxie, a succombé à la réunion de deux conditions, dont la première pouvait à la rigueur être mortelle à elle seule, tandis que la seconde ne l'a certainement été que par l'état de défaillance accidentelle du sujet.

Si, du moment que quelques veines ont donné du sang, et avant l'incision de la trachée, un aide avait exactement appliqué une éponge sur la section de ces vaisseaux, moins de sang se fut écoulé dans les voies aériennes, et le malade aurait peut-être résisté. Cette précaution a bien été prise, mais un peu tard, et alors qu'elle était déjà inutile.

Quant à l'opération en elle-même, chez un adulte maigre, elle ne peut présenter aucune difficulté. La trachée est si superficielle et si volumineuse, son axe est si éloigné de toutes les parties qu'il serait dangereux d'intéresser, qu'il ne faut chercher dans aucune de ces circonstances matérielles la raison de l'accident dont elle a été accompagnée.

IVe Observation.

M. de Serry, âgé de quarante-deux ans, ancien élève de l'Ecole polytechnique, propriétaire à Auxerre, a constamment joui d'une bonne santé, jusqu'en 1834. En janvier de cette année, sa voix commença à perdre de son éclat naturel. Depuis lors, elle s'éteignit graduellement et le malade devint tout à fait aphone.

Nous le traitâmes en décembre 1834, et nous eûmes le bonheur de lui procurer un soulagement notable qui ne dura que quelques mois.

Dans les premiers jours de juillet 1835, pour la première fois, il ressentit en respirant, une gêne qui s'accrut en peu de jours jusqu'à l'imminence de la suffocation. Justement alarmé de son état, le malade, accompagné de son oncle, M. Hay, ancien député de l'Yonne, se hâta de venir à Paris, se confier de nouveau à nos soins.

Le 11 juillet 1835, quand nous voyons le malade, il jouit de toute sa connaissance; son pouls bat de cent quinze à cent vingt fois par minute. Le mouvement respiratoire se fait vingt-cinq fois dans le même espace de temps.

Les deux temps de la respiration paraissent s'exécuter avec une égale difficulté. L'inspiration est éclatante et fait entendre un bruit difficile à décrire, et qui, dans sa plus grande intensité, rappelle tantôt le mugissement du veau, tantôt le rugissement d'un lion.

Dans la soirée, la respiration devient de plus en plus difficile; la nuit se passe dans une agitation extrême, et le 12 juillet, au matin, la suffocation étant imminente, nous pratiquons la trachéotomie en présence de MM. les professeurs Fouquier et Roux, et de MM. les docteurs Hamar et Danyau.

Une légère hémorrhagie artérielle et veineuse fut le seul accident qui vint compliquer l'opération; une compression légère ne tarda pas à l'arrêter.

Aussitôt que la canule fut introduite et fixée, le malade témoigna qu'il n'était plus oppressé; la respiration devint facile, quoique un peu irrégulière et précipitée (quarante par minute).

Pendant les cinq jours qui suivirent l'opération, le malade alla aussi bien qu'il était possible de l'espérer; il se levait, et il venait d'écrire à sa femme pour la rassurer sur son état, lorsqu'il fut pris tout-à-coup de fièvre avec point de côté; et seize heures après il mourut, après avoir rendu des crachats fétides et gangréneux.

Nécropsie.

Rigidité cadavérique; teinte ictérique très-prononcée de la peau. Une incision étant pratiquée sur la ligne médiane, depuis le menton jusqu'au bas du sternum; on examine d'abord le larynx.

Cet organe vu à l'extérieur, présente une tuméfaction œdémateuse de tout le ligament aryténo-épiglottique gauche. Cet œdème consiste en un bourrelet d'autant plus volumineux qu'on le considère plus près du larynx. Sa plus grande épaisseur est de quatre lignes au moins. Il est flasque, et pend en dedans du larynx, de sorte que lors des grandes inspirations, il devait s'engager dans cet organe et gêner beaucoup la respiration.

Le ligament aryténo-épiglottique droit n'a rien d'anormal; vu de face. et depouillé de ses muscles extrinsèques, le larynx n'offre aucune tuméfaction; au contraire, le cartilage thyroïde est légèrement affaissé sur son côté gauche. Le muscle crico-thyroïdien latéral droit a une teinte verdâtre, à laquelle participe le tissu cellulaire et ligamenteux qui l'environne; en ce point,

notablement déprimé dans l'état normal, existe une intumescence qui, déjà à son origine, se porte en augmentant beaucoup, vers la partie postérieure. L'incision pratiquée durant la vie pour donner une nouvelle voie à l'air, s'étend depuis le bord inférieur du cartilage thyroïde qu'elle touche sans l'entamer, jusqu'au bord inférieur du premier anneau trachéen. La canule n'occupait seulement que l'espace crico-thyroïdien.

Le côté postérieur du larynx ayant été isolé de la portion contiguë de l'œsophage, on y remarque à gauche la teinte verdâtre précédemment indiquée, qui remonte à peu près jusqu'à la base du cartilage aryténoïde. Le tissu cellulaire de cette partie est le siége d'un œdème qui se continue avec celui du ligament aryténo-épiglottique.

On ouvre avec soin le larynx en arrière sur la ligne médiane; on écarte largement les deux lèvres de cette incision, et l'on remarque ce qui suit : toute la moitié gauche de la membrane muqueuse a la teinte gris-verdâtre observée deux fois ailleurs. La corde vocale inférieure est très-tuméfiée; la supérieure l'est moins.

Le ventricule gauche est baigné d'une sanie grise *extrêmement* fétide, et est occupé par une production *accidentel*le de consistance lardacée et d'un blanc cendré. Cette tumeur se prolonge dans l'intervalle qui sépare le cricoïde et la partie postérieure du tyroïde, et va paraître un peu en dehors et en arrière du larynx. Une portion du thyroïde à gauche est nécrosée.

La moitié gauche du larynx a trois, quatre, et jusqu'à cinq lignes d'épaisseur, tandis que la droite n'en a que une, deux ou deux lignes et demie. Dans ce même côté droit, la membrane muqueuse, les cordes vocales, le ventricule et le cartilage sont dans un état tout-à-fait sain.

La membrane muqueuse trachéale est tuméfiée et teinte d'un rouge pointillé. Les bronches sont rouges, mais sans pointillé ni tuméfaction. De nombreuses et intimes adhérences unissent la totalité du poumon gauche à la plèvre costale (M. de Serry, dit-on, n'a jamais *eu de* maladie de poitrine). Ce poumon, au sommet et en arrière, a un peu d'engouement au premier degré. Nul vertige du tubercule.

Dans la plèvre droite est un épanchement de près de trois livres d'une sérosité trouble et rougeâtre. Point de fausses membranes. Le feuillet pulmonaire et le feuillet costal n'adhèrent entre eux en aucun point, mais ils sont d'un rouge livide.

Tout le lobe inférieur du poumon droit est rouge lie de vin foncé, ne crépite plus, se déchire facilement et laisse ruisseler à l'incision un liquide non écumeux, sanglant et fétide. Sur le bord tranchant de ce lobe, en dehors, est une tumeur dont la teinte grise tranche sur la couleur violette du poumon. On remarque dans cette tumeur de nombreuses bulles emphysémateuses. L'incision en fait écouler une sanie grisâtre d'une extrême fétidité. Cette tumeur est évidemment une réunion de lobules pulmonaires frappés de sphacèle. Les gaz développés par la putréfaction donnent à cette portion gangrénée de poumon l'excès de volume qu'on y remarque. Ce poumon ne contient pas non plus de tubercules.

Des raisons de convenances ont empêché d'examiner les autres viscères.

Le larynx a été observé en présence de MM. Broussais, Bouilland, Duméril. Marjolin, Andral, J. Cloquet, professeur de la Faculté de médecine de Paris, et de M. Sanson (Alph.), agrégé à la même faculté.

Nous résumons donc notre opinion sur l'angine laryngée œdémateuse dans les propositions suivantes :

Bayle a eu raison de distinguer cette angine en primitive et consécutive.

Quand elle est primitive, elle est presque constamment le résultat d'une fluxion inflammatoire du larynx ou des parties voisines, et ne diffère nullement, *par sa nature*, de celle décrite par Boërhaave (*Aph.* 801 et 802).

Quand elle est consécutive, c'est-à-dire occasionée par une lésion organique du larynx ou de ses annexes, elle peut être inflammatoire ou active, ou bien non inflammatoire ou passive.

Dans le premier cas, l'inflammation s'est propagée du point lésé jusqu'aux ligamens aryténo-épiglottiques ou jusqu'à la membrane muqueuse laryngienne.

Dans le second, la sérosité accumulée dans ces parties n'est due qu'à l'engorgement qu'éprouvent les liquides autour de la perte de substance.

Dans l'un comme dans l'autre de ces deux cas, l'angine laryngée œdémateuse, ayant pour point de départ un point ulcéré, ne saurait être regardée comme indépendante de l'inflammation.

Enfin, la phthisie laryngée doit être considérée, quelle que soit sa cause, comme l'*occasion* la plus fréquente de l'angine laryngée œdémateuse. Elle peut la produire : 1° dès son début, quand les parties qui devraient s'ulcérer par la suite ne font que commencer à s'enflammer, et alors, l'engorgement étant la seule lésion appréciable, peut être regardé comme primitif; 2° quand, ayant causé dans tout le larynx des désordres plus ou moins considérables, elle produit l'accumulation des liquides dans ces parties, et alors l'angine œdémateuse est consécutive.

Dans ce dernier cas, l'engorgement produit par l'ulcération peut être actif, et c'est ce qui arrive quand les accidens marchent vite comme dans l'observation première de M. Bouillaud, rapportée par nous sommairement à la note I; ou il peut être passif, quand l'ulcère a suivi une marche chronique, comme dans la sixième observation de Bayle, que nous avons rapportée dans ce travail sous le n° 2.

En un mot, l'angine laryngée œdémateuse est presque constamment la suite d'une inflammation, et l'aspect qu'elle présente et les phénomènes dont elle s'accompagne doivent être attribués à la disposition des parties et non à la *nature* spéciale de l'affection.

A. Trousseau et H. Belloc.

Mémoire sur la fréquente coïncidence de l'arthrite avec la péricardite et l'endocardite; par le docteur Dominique Gola, méd. princip. de l'hôpital des RR. PP. *Fate-bene-fratelli*, à Milan (1).

La précieuse découverte de la percussion et de l'auscultation a tellement avancé nos connaissances sur les maladies du cœur et du poumon, que la recherche de ces maladies n'est plus aujourd'hui un problème dont la solution se trouve seulement dans l'ouverture des cadavres ou qui ne s'applique d'une manière générale à tout état pathologique des ces viscères. Auparavant, le médecin n'avait d'autre moyen, pour parvenir au diagnostic, que d'étudier les symptômes produits par le viscère affecté et par les parties étroitement liées à ce viscère; mais il ne savait comment s'y prendre pour connaître le mal à fond, en déterminer le degré, le siége, l'étendue, le progrès, et en expliquer les altérations accidentelles. La lumière que la percussion et l'auscultation ont répandue sur la science médicale est si précieuse, que nous sommes affligés de voir ce mode d'investigation encore si mal apprécié par quelques uns de nos confrères. Quel avantage n'est-ce pas pour un médecin honnête et d'un esprit cultivé, d'avoir un guide fidèle qui le mette dans le cas de juger du caractère et de la portée d'une maladie, afin de pouvoir dire à celui qui souffre quelle est sa maladie, s'il obtiendra une cure radicale ou palliative, et au cas que la maladie soit au-dessus de la puissance de l'art, de l'encourager à souffrir patiemment? Par là, fort de son propre jugement, il ne s'affecte point des plaintes et des murmures de tant de malades qui, ne pouvant guérir depuis le temps qu'ils ne cessent de souffrir, s'en prennent à l'art qu'ils accusent d'incertitude, ou au médecin auquel ils reprochent un défaut d'instruction. Pour moi, je ne crains point d'affirmer qu'un médecin, obligé par devoir de mettre en usage tous les moyens que lui fournit la science pour connaître la maladie dont le traitement lui est confié, ne peut en conscience négliger de se servir du stéthoscope dans l'exploration des maladies du cœur et du poumon. Comment ferez-vous, sans cet instrument, pour découvrir ces engorgemens partiels du poumon qui, en apparence, n'altèrent point la santé, mais qui sont réellement le germe de phlogoses renaissantes, susceptibles à la longue d'occasionner des accidens incompréhensibles pour le médecin dépourvu du stéthoscope? De quelle importance n'est-il pas de reconnaître de bonne heure, dans les maladies du cœur, si l'altération porte uniquement sur les valvules ou s'il y a hypertrophie avec dilatation des ventricules, puisque nous savons par expérience que la première maladie ne comporte pas un grand danger, tandis que la seconde a les suites les plus funestes? Une multitude de faits aussi importans a engagé plusieurs praticiens, convaincus de l'utilité de l'auscultation, à écrire sur ce sujet. C'est pour accréditer ce mode d'investigation et le rendre familier à tous les praticiens, que je vais rapporter quelques observations pratiques et fort simples où le stéthoscope m'a servi de guide et de flambeau. Je parlerai d'abord de l'arthrite, pour faire voir sa fréquente complication avec la péricardite et l'endocardite, et je terminerai par quelques histoires de lésions organiques découvertes par le stéthoscope et vérifiées par l'autopsie.

Depuis que M. Bouilland, dans son second ouvrage sur les maladies du cœur, a appelé l'attention des médecins particulièrement sur une forme de maladie propre à la membrane interne du cœur, dont personne avant lui ne s'était occupé, bien que souvent cette maladie soit accompagnée de l'arthrite, je me suis proposé de vérifier le sujet en question avec toute l'attention dont je suis capable, et je n'ai pas tardé à recueillir des observations à l'appui des siennes. J'avais déjà fait, vers la fin de 1831, une note sur un passage de la *Clinique médicale* de M. Andral, traduite par mon ami Rusca : cette note répétait ce que j'avais consigné dans les Annales de médecine rédigées par *Strambio* le jeune, sous la forme d'une lettre à lui adressée : « Que le médecin ne doit pas négliger de tenir compte du grand » rapport qui existe entre les maladies du cœur et » l'arthrite, et que les inflammations du péricarde » ont la plus grande tendance à se développer durant » le cours de l'arthrite. » Et certainement il n'y a pas de médecin qui n'ait eu occasion d'observer ces complications, pour peu qu'il ait traité des arthrites. Mais si ces complications ne sont pas signalées par le stéthoscope, elles passent inaperçues; et, faute d'avoir été reconnues à leur naissance, elles mettent les jours du malade en danger ou jettent les racines de maux incurables.

L'arthrite est une maladie assez fréquente dans nos contrées; on la rencontre principalement au printemps et en automne, lors surtout que l'atmosphère est plus humide et d'une température plus variable. Elle attaque de préférence les sujets qui ont la peau fine, les cheveux blonds, et ceux qui, par état ou par insouciance, s'exposent le plus souvent aux grands changemens de température.

Le cours de cette maladie est de longue durée, pénible, insidieux; les suites toutefois en sont rarement funestes, quoiqu'elle se montre avec un appareil de grande souffrance.

La nature de l'arthrite est tout-à-fait inflammatoire,

(1) Dans un moment où la question de la coïncidence du rhumatisme articulaire et de l'inflammation de membranes séreuses du cœur s'agite si vivement parmi les médecins français, et appelle de tous côtés tant de vérifications, nous croyons utile de donner dans son entier l'important mémoire du docteur Gola sur cette loi pathologique, publié dans le cahier d'avril 1836 des *Annales d'Omodei*. quoique les observations qui y sont contenues ne présentent pas toujours tous les détails désirables, elles n'en sont pas moins fort curieuses. Nos lecteurs verront en même temps avec intérêt où en sont en Italie les méthodes d'exploration des organes pulmonaires et du cœur.

H. GOURAUD.

et prétendre qu'elle dépend de la rupture de l'équilibre entre l'électricité de l'atmosphère et celle de l'animal, pour établir ensuite le traitement sur cette base imaginaire, c'est porter grand préjudice au malade. L'inflammation, au dire de M. Bouillaud, a son siége dans les membranes séreuses et synoviales des articulations; ce n'est que d'une manière consécutive que le mal attaque les ligamens de même que les vaisseaux et le tissu cellulaire.

Le mode d'invasion est très-bien décrit par M. Bouillaud dans son ouvrage, que je me propose de commenter, n'ayant du reste d'autre intention que celle d'ajouter des faits à des faits et des observations aux siennes.

Le malade commence par éprouver pendant quelques jours un malaise général et un défaut d'appétit, puis une douleur tensive et lancinante dans une ou plusieurs articulations avec augmentation de chaleur et de volume; le moindre attouchement et le plus léger poids des couvertures ne peuvent se supporter. Une rougeur érythémateuse s'étend autour de l'articulation douloureuse, et quelquefois l'érythème prend une forme particulière. L'année dernière je l'ai vu sur un ex-militaire à l'hôpital de Saint-Jean-de-Dieu occuper les articulations coxo-fémorale, fémoro-tibiale, huméro-cubitale et des carpes avec une grande intensité. C'était merveille de voir à chaque articulation entreprise, un érythème particulier marqué par des taches d'un rouge vif, quelques-unes en relief, comme ortiées, en saillie à l'épiderme, depuis une lentille jusqu'à un centime, de différente figure, les unes elliptiques, les autres rondes. Ces taches persistaient aussi long-temps que les douleurs, et lorsque celles-ci commençaient à se dissiper, les taches perdaient leur couleur ou pâlissaient comme les feuilles et finissaient par disparaître lors de la desquammation de la peau. C'est là l'érythème décrit par quelques auteurs sous le nom de rougeole arthritique, que M. *Rayer* appelle *érythème rhumatismal*, et que j'ai vu figuré dans la seconde planche de son ouvrage sur les maladies de la peau, seconde édition. On aperçoit assez distinctement les ramifications des veines autour de l'articulation, à travers la peau devenue plus mince et transparente.

Ordinairement la maladie attaque d'abord l'articulation du pied avec la jambe, de là monte au genou, passe à l'articulation scapulo-humérale, au coude, au poignet, quelquefois se porte par caprice et d'emblée d'une partie à une autre. J'ai pourtant remarqué que l'arthrite a plus de ténacité en général, quand elle a commencé par attaquer l'articulation huméro-scapulaire et qu'elle entraîne alors la phlogose du lobe supérieur du poumon, phlogose qui donne fréquemment naissance chez les sujets disposés à la phthisie ou scrofuleux, à des tubercules crus ou à des cavernes, et l'observation pratique de M. Bouillaud est très-juste, savoir, que la gravité du mal est le plus souvent en raison inverse du nombre des articulations entreprises. Mais ce n'est pas seulement dans les jointures des membres que l'arthrite établit son siége. J'ai eu un malade qui, outre la douleur dans plusieurs articulations, souffrait horriblement à la symphise du pubis; un autre qui se plaignait d'une douleur spasmodique à l'articulation du cartilage thyroïde avec le cricoïde; un troisième qui rapportait le siége de ses douleurs à l'union des diverses pièces du sternum: enfin, j'ai vu des rhumatisés qui avaient manifestement une rachialgie fixée le plus souvent à la région cervicale et à la région lombaire. Ce qui étonne dans les douleurs articulaires, c'est leur mobilité; puisqu'il arrive qu'un genou très-douloureux se dégage et qu'à sa place un coude s'entreprend encore plus fortement, sans qu'on puisse rendre un compte satisfaisant de ce déménagement de la maladie.

La physionomie de l'arthritique a je ne sais quoi qui la caractérise; elle porte un cachet qui suffit à un praticien exercé pour lui faire reconnaître la nature de l'affection : on y voit l'expression de la douleur et de l'angoisse; le visage est pâle et blême en général, rarement les joues ont de la rougeur comme dans la péripneumonie ou la fièvre aiguë. Le malade reste immobile et cloué dans son lit, hors d'état de se servir de ses membres pour ses besoins; la langue est ordinairement pâle, couverte d'un enduit muqueux; il y a mauvais goût à la bouche, plus de soif que de coutume, l'appétit est nul et la température de la peau plus élevée. Ajoutez à ces symptômes un surcroît d'action dans les fonctions des organes centraux de la circulation et de la respiration, une fièvre continue avec redoublement le soir; les pulsations des artères radiales sont si fréquentes et vibrantes, et les réactions des vaisseaux si énergiques, que la maladie ressemble à une affection du système vasculaire; les humeurs des sécrétions sont altérées; la peau est tantôt sèche, rude; tantôt, et c'est son état le plus fréquent, elle se couvre d'une sueur visqueuse, aigre, d'une odeur nauséabonde, et finit quelquefois par se charger d'un exanthème milliaire, cristallin, ou d'une myriade de papules rouges; les urines sont en petite quantité et déposent un sédiment briqueté abondant; le sang, dans la palette, présente une couenne épaisse, frangée sur les bords, résistant à la coupe et nageant dans un peu de sérosité verdâtre.

La maladie est de longue durée, ainsi que nous l'avons dit, et les praticiens la fixent d'ordinaire à cinq ou six septenaires; pour moi, je pense qu'une arthrite simple, si elle est traitée comme une maladie éminemment inflammatoire, ne durera pas plus de deux septenaires, mais que si l'arthrite est compliquée, comme nous le verrons plus bas, on ne peut plus lui assigner de terme.

M. Bouillaud dit avoir vu souvent la fièvre persister, quoique la phlogose de l'articulation fût réduite. Quant à moi, je n'ai pas eu encore un cas de cette nature, et il me semble que ce phénomène de la persistance de la fièvre, après la guérison locale, doit se rapporter à un désordre survenu autre part.

Ce qui donne à cette maladie un haut intérêt, ce sont ses complications avec d'autres maux. Fréquente est l'association de l'arthrite avec une augmentation de

sécrétion muqueuse dans les premièrs voies, plus rare est celle avec les affections de l'arachnoïde, de la plèvre des poumons, de la vessie urinaire. Il est moins rare de voir l'arthrite unie avec cette forme d'éruption squammeuse connue sous le nom de psoriasis, et dont j'ai eu deux exemples l'année dernière; mais la complication la plus digne d'être étudiée, la seule dont je vais m'occuper à présent, est celle avec les affections de la membrane externe et interne du cœur.

Nombre de praticiens ont connu la grande influence que l'arthrite exerce sur l'organe central de la circulation. Ainsi, *Baglivi* remarque que l'asthme, la dysurie, l'arthrite se transforment mutuellement. *Stoll* nous prévient que souvent l'arthrite se cache sous l'apparence de l'asthme, et *Pitcairne* dit que l'arthrite exerce une grande influence sur les dilatations du cœur.

Kreysig, dans son ouvrage sur les maladies du cœur, regarde l'arthrite comme une des causes les plus capables de susciter une phlogose lente et sourde dans la membrane interne du cœur et des gros vaisseaux, et d'en amener par suite l'induration et l'ossification.

Mais quelles que soient les observations antérieures à la découverte de l'auscultation, si elles servent à avertir le médecin qu'une phlogose interne peut se développer dans le cœur tant que dure une arthrite, toujours est-il qu'elles ne procurent que les indices vagues de la maladie consécutive, et n'apprennent point comment se forme et se développe cette phlogose, qui a des suites irrémédiables.

Deux membranes sero-fibreuses sont susceptibles d'inflammation durant le cours de l'arthrite. La première est celle qui forme l'enveloppe extérieure du cœur, le péricarde, la seconde tapisse ses cavités et fournit des replis qui servent à former les valvules des divers orifices. Cette membrane, que M. *Bouillaud* désigne sous le nom d'endocarde, est plus sujette à s'altérer que le péricarde. MM. *Bertin* et *Bouillaud* dans l'ouvrage qu'ils ont publié en 1834, M. *Andral* dans sa *Clinique médicale*, M. *Hope* dans son estimable monographie des maladies du cœur, et nouvellement M. *Bouillaud* dans son travail sur la cardite, citent plusieurs cas de péricardite et d'endocardite, consécutifs à l'arthrite, et ce dernier auteur particulièrement rapporte les signes qui font reconnaître l'existence d'une péricardite ou d'une endocardite chez un individu affecté d'arthrite. Nous allons transcrire littéralement ces signes qui doivent servir de guide dans le diagnostic de ces affections.

Signes de la péricardite. Matité à la région précordiale, beaucoup plus étendue qu'à l'état normal; élévation des côtes dans la même région (voussure); battemens du cœur profonds, peu ou point sensibles à l'application de la main; mouvemens valvulaires profonds, accompagnés de divers bruits anormaux, les uns dépendant du frottement léger des tuniques opposées du péricarde, les autres provenant de la complication de la péricardite avec l'endocardite valvulaire; douleur plus ou moins vive du cœur, palpitation, altération dans le rhythme des pulsations.

Signes de l'endocardite. Bruit de soufflet, de rape ou de lime dans la région précordiale; à la percussion, cette région donne un son mat plus étendu qu'à l'état normal, mais à un moindre degré que dans la péricardite avec épanchement; les pulsations du cœur soulèvent avec force la région précordiale, et sont souvent irrégulières, inégales, intermittentes et accompagnées alors d'un frémissement vibratoire; le pouls est dur, vibrant, inégal et intermittent comme le sont les battemens du cœur.

J'avoue que je n'ai pas toujours rencontré dans ma pratique tous les signes que donne M. *Bouillaud*, de l'endocardite qui complique l'arthrite; bien plus, il y a quelques-uns de ces signes que je n'ai pas rencontrés, et je crois même qu'il n'est guère possible qu'ils se présentent dans les endocardites qui n'ont pas encore une terminaison décidée, tels que la matité de la région précordiale et l'altération du rhythme du pouls, si ce n'est la fréquence des pulsations. Les faits que j'ai à rapporter prouveront ce que j'avance, et déjà chacun est bien persuadé que le premier signe ne paraîtra que quand l'endocardite sera compliquée avec une hydropéricardite, ou une hypertrophie des ventricules; que s'il existe un état phlogistique non encore aggravé par l'induration, ou par un épanchement, ou l'adhérence des valvules, soit aux parois de l'endocarde, soit à leurs bords entre elles, cet état ne pourra pas empêcher les valvules de s'élever et de s'abaisser au point de produire l'intermittence et l'irrégularité du pouls, qui auraient lieu dans l'oblitération imparfaite des orifices par les valvules. Je ne crois pas que ma manière de voir puisse être démentie par le bruit de soufflet qui forme vraiment un des signes pathognomoniques de l'endocardite, puisque ce signe est produit dans la simple endocardite par la tuméfaction et l'aspérité superficielle des valvules, plutôt que par l'impuissance de fermer complétement les orifices sur lesquels elles s'abaissent; il en résulte dans le cas que nous supposons, un effort des molécules du sang qui, en passant de vive force, produisent le frémissement cataire ou le bruit de soufflet.

Il est rare que l'arthrite ne se complique qu'avec l'endocardite: je n'en ai qu'un exemple. Le plus souvent la péricardite vient se joindre en troisième à cette affection.

Les terminaisons de l'arthrite sont la résolution dans les occurrences les plus favorables; l'épanchement séreux, la suppuration, le desséchement, les adhérences, l'état cartilagineux ou osseux des membranes articulaires ou leur dégénération calcaire; de là l'immobilité forcée, l'*ankylose*. La terminaison la plus fréquente de la péricardite sous l'influence de l'arthrite, est l'épanchement séreux et l'adhérence du péricarde au cœur, par le moyen d'une fausse membrane, ainsi que nous en donnerons un exemple dans une histoire très-intéressante. Les conséquences de l'endocardite, dans le cours de l'arthrite, sont l'épaississement des valvules, leurs adhérences, les végétations de *Corvisart*, la formation de fausses membranes, et en même temps la triste série de souffrances qui ont coutume d'en résulter pour

le cœur (1). Heureusement la résolution est la terminaison la plus facile à amener quand le mal est récent, qu'il n'y a pas encore un commencement d'organisation vicieuse à la suite de pareille affection déjà éprouvée, et qu'on s'est empressé de recourir aux remèdes convenables.

Nous nous réglerons pour la méthode curative sur la nature du mal et les suites qu'il peut entraîner. La saignée sera mise en première ligne et répétée aussi souvent que le progrès de l'inflammation paraîtra l'indiquer au praticien prudent. Il est très à propos de joindre la saignée locale par les sangsues à la saignée générale, selon qu'on le jugera à propos et que le cas pourra l'exiger, dans l'endocardite et surtout dans la péricardite.

En vérité, je ne comprends pas la conduite de quelques médecins expectans, qui ne veulent pas entendre parler de la phlébotomie dans les maladies, et mettent toute leur confiance dans l'application ridicule et insignifiante des ventouses. Ne devraient-ils pas se reprocher de laisser leurs malades en proie, pendant des mois entiers, aux douleurs, au lieu d'attendre de sang-*froid*. *ainsi* que je l'ai vu, qu'il se développe autant d'hydarthroses qu'il y a d'articulations affectées. En fait de remèdes internes, le tartre stibié a coutume de satisfaire aux indications les plus pressantes, et quand il faut faire quelque chose de plus, on donne les poudres dites tempérantes et celles résolutives. Ces moyens sont parfaitement secondés par les vésicatoires, si toutefois ceux-ci sont appliqués au déclin de l'inflammation, lorsqu'il n'y a plus qu'une congestion passive avec tendance à l'épanchement de sérosité, ou même que ce dernier est survenu.

Arthrite compliquée. — Endocardite.

Observation. I. — N. N., âgé de 29 ans, sculpteur, d'un tempérament sanguin, fut reçu le troisième jour de sa maladie à l'hôpital de St-Jean-de-Dieu, le 29 janvier, de cette année. Il fut forcé de s'aliter le jour même qu'il éprouva un mouvement de fièvre, qui commença par des frissons auxquels succéda bientôt une chaleur incommode, sans affection locale. Le lendemain, la fièvre n'avait pas cessé et une douleur se fit sentir à l'articulation tibio-tarsienne. La partie était tuméfiée, rouge, plus douloureuse au moindre mouvement; le troisième jour, le mal s'étendit au genou et à l'articulation du bras du même côté. Tel était le malade quand il entra à l'hôpital. On ne pouvait attribuer cette maladie à aucune cause positive; c'était la première fois que cet homme était malade et il n'avait encore fait aucun remède. Mal de tête, visage pâle, langue couverte d'une couche blanchâtre, soif augmentée : la percussion indiquait et l'auscultation confirmait un état normal des viscères de la respiration. A l'examen de la région du cœur, la matité ne s'étendait pas au delà de deux pouces, enfin l'état était normal. Il n'y avait pas trop de fréquence dans le pouls, les battemens étaient réguliers, les mouvemens des valvules faisaient à peine entendre un bruit de soufflet à la fin de la contraction du cœur, ce qui me suffit pour dire au docteur *Devecchi*, qui assistait à ma visite du soir, que je craignais pour ce malade, quoiqu'il ne ressentît aucune gêne à la région cardiaque, le développement d'une endocardite. Trouvant le pouls dur, vibrant, la peau sèche, la chaleur brûlante, l'urine briquetée et en petite quantité, j'ordonnai une saignée de dix onces et les poudres tempérantes.

30/4, nuit fort tranquille. L'articulation de la main gauche fut aussi prise d'arthrite. Le bruit de soufflet était devenu un peu plus manifeste, cependant le malade ne présentait pas encore d'autres symptômes cardiaques. Ce bruit de soufflet fut reconnu par les médecins *Perini le jeune* et *Marchetti;* il était sensible à la région précordiale et plus à l'endroit de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche. Le sang dans la palette avait une couenne épaisse de six lignes, était difficile à couper et nageait dans une petite quantité de sérosité. Autre saignée de dix onces. Les mêmes poudres tempérantes. Le soir, même état. Répétition de la saignée.

31/5. Vers le milieu de la nuit, le malade fut saisi d'une douleur obtuse avec pression à la région précordiale, palpitations du cœur, difficulté de respirer, impossibité de rester couché sur le dos; les articulations du pied, du genou, de l'épaule, du côté droit, devenaient douloureuses, en même temps que toutes les articulations de la main gauche acquéraient du gonflement et un surcoît de sensibilité. La percussion de la région précordiale ne traduisait aucune altération de l'état normal; l'oreille appliquée, on entendait un bruit de soufflet très-clair; ce bruit était plus sensible qu'auparavant, surtout à la région auriculo-ventriculaire gauche. Les pulsations du cœur étaient plus fréquentes, mais régulières, la projection du sang avait plus de force. Le pouls était petit, serré, dur, régulier, la peau sèche, l'urine en très-petite quantité et sédimenteuse. Le sang avait les mêmes conditions qu'aux autres saignées. Saignée de dix onces. Infusion de verbascum avec deux grains de tartre stibié. Le soir, plus de douleur à la région précordiale, respiration moins difficile, mouvemeus valvulaires moins obscurs que le matin. Néanmoins, nouvelle saignée pour prévenir l'augmentation de l'endocardite.

1er février (sixième jour de la maladie), 2/7, amendement notable. Le malade n'accuse plus de douleur à la région précordiale; le calme succède à l'angoisse et à l'inquiétude. Il ne reste qu'une douleur supportable aux deux mains et les autres articulations ont repris leur mobilité. Les contractions du cœur sont quasi normales, les mouvemens des valvules plus appréciables. les pulsations du pouls régulières, et à peine sent-on un léger bruit de soufflet.

(1) M. Bouillaud a remarqué que la membrane étendue dans les cavités du cœur n'est pas aussi sujette à s'enflammer que celle qui recouvre les valvules, et attribue cette disposition à l'usage des valvules.

Pour la première fois, il survint une sueur générale avec diminition de chaleur. Pouls plus souple et moins fréquent.

On réitère l'infusion de verbascum avec le tartre stibié.

3/8, 4/9, 5/10. Le mieux se soutient. Les douleurs des mains sont dissipées, il ne reste plus qu'un léger gonflement qui en empêche encore le libre usage.

La région précordiale examinée avec la plus grande attention, on n'entend plus le bruit de soufflet, mais le tic-tac naturel du cœur; continuation de la moiteur; légère pyrexie avec une rémission satisfaisante le matin.

6/11, 7/12, 8/13, 9/14. Le malade se porte très-bien et n'a plus besoin des secours de l'art. Quelques jours avant de le faire sortir de l'hôpital, j'ai voulu le faire examiner une dernière fois par mes collègues, et nous nous sommes assurés que son cœur est parfaitement à l'état normal.

J'ai placé cette histoire avant celles qui vont la suivre, parce qu'elle est la plus simple, parle le plus éloquemment en faveur de l'endocardite pure, et qu'elle n'a pas laissé de reliquats. Les savans médecins qui eurent occasion de visiter avec moi ce malade tous les jours et de constater l'avantage que nous avons retiré de l'auscultation, pourront témoigner de la vérité du fait que je rapporte, si quelqu'un prétend le contraire. Il est évident que chez notre malade il s'est établi progressivement une inflammation dans la membrane interne du cœur, spécialement dans les valvules, surtout dans les valvules mitrales de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche; une fois celles-ci éloignées de l'état normal, il survint aussitôt dans le mouvement valvulaire une modification que nous découvrîmes avant que le malade ne se plaignît d'une sensation pénible à la région précordiale. Par là on voit la nécessité d'explorer la région du cœur dans l'arthrite, afin de prévenir ces complications qui ont coutume, pour peu qu'on tarde à les reconnaître ou qu'on les laisse passer inaperçues, de finir par devenir funestes au pauvre malade, en ourdissant les trames d'une série de souffrances contre lesquelles la médecine n'a plus en sa puissance qu'une cure palliative.

Endocardite simple.

Observation II. — N....., âgé de vingt-trois ans, sellier, entra dans le même hôpital le 24 janvier, se plaignant depuis quatre jours d'une palpitation de cœur incommode, avec une douleur à la région précordiale, qui s'étendait à l'épaule gauche. Il éprouvait une sensation continuelle de fourmillement dans le bras du même côté. Le malade était un homme fort, à peau fine et à cheveux blonds; il jouissait habituellement d'une bonne santé, à part de légers frissonnemens auxquels il se disait sujet.

J'examinai attentivement l'état des organes, et voici ce que je trouvai :

Tête libre, langue légèrement saburrale, soif plus que de raison.

A la percussion, les viscères de la respiration ne témoignaient rien d'anormal, l'auscultation me rapporta un bruit respiratoire âpre, spécialement du côté gauche, la région précordiale résonnait très-bien dans toute son étendue; l'impulsion du cœur plus énergique que de coutume; pas la moindre élévation des côtes d'un côté plus que de l'autre; les pulsations du cœur fréquentes, mais régulières, sans intermittence; les bruits valvulaires tout-à-fait couverts par un bruit très-clair de soufflet, plus marqué à l'endroit de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche. Le malade disait ressentir une douleur profonde à la région gauche du cœur avec un serrement et cette douleur s'étendait au sein gauche et à l'humérus avec un fourmillement; la crampe saisissait tantôt le bras, tantôt la jambe, toujours du côté gauche. Le pouls était petit, contracté, dur; la peau sèche, l'urine ardente, le coucher impossible dans la supination et sur le côté gauche. (Saignée de onze onces, limonade de crême de tartre soluble.)

25/5. Le sang de la veine était couvert d'une couenne épaisse et n'avait presque pas de sérosité.

La nuit fut tranquille, quoique la gêne persistât à la région du cœur où l'on entendait le bruit de soufflet comme auparavant.

On fit deux saignées ce jour-là, et l'on donna les poudres tempérantes.

26/6, 27/7. Rémission des symptômes, amendement de la douleur, pulsations du cœur moins fréquentes, coucher sur le côté gauche supportable; disparition de la crampe et du fourmillement. A l'auscultation, je reconnais que le bruit de soufflet a diminué, et j'espère que le mouvement valvulaire se rétablira bientôt.

Le bruit de la respiration se fait naturellement dans les vésicules. (Répétition de la saignée.)

28/8, 29/9. Le mieux se soutient; plus de douleurs; pulsations du cœur à l'état normal; mouvemens valvulaires devenus plus sensibles; très-léger bruit de soufflet; altération du pouls presque nulle.

30/10, etc. Convalescence. Quatre jours avant la sortie de l'hôpital j'ai soumis le malade à une visite rigoureuse, et il fut reconnu par tous les examinateurs que le cœur avait recouvré toutes ses facultés.

Quelques uns voudront peut-être rapporter cette observation à une péricardite plutôt qu'à une endocardite, parce que les symptômes paraissent appartenir à la première maladie plus qu'à la dernière. Il est vrai que *Latham* attribue le bruit de soufflet à la péricardite rhumatique au temps de l'invasion; selon M. *Hope*, ce phénomène appartient aussi bien à la systole qu'à la diastole des ventricules, et acquiert assez de force pour obscurcir le mouvement normal du cœur. M. *Bouillaud* prétend avoir entendu ce bruit dans six ou huit cas de péricardite. Pour moi, il ne m'est pas encore arrivé d'entendre le bruit de soufflet dans une simple péricardite, et quand je l'avais entendu, j'ai toujours trouvé sur le cadavre un endurcissement des valvules, spécialement des mitrales. J'ai bien aussi entendu une seule fois le bruit de cuir neuf dont parle M. *Collins*, sur un jeune homme affecté d'une péricardite très-aiguë.



L'oreille appliquée sur la région précordiale, percevait distinctement le bruit que fait une selle neuve sous le mouvement du cavalier. Le malade ne tarda pas à sortir de l'hôpital, et nous remarquâmes qu'à mesure qu'il recouvrait la santé, ce bruit s'affaiblissait insensiblement jusqu'à sa disparition complète.

Arthrite compliquée avec une péro-endocardite.

Observation. III. — N..., âgé de trente-six ans, de complexion grêle, entra à l'hôpital de Saint-Jean-de Dieu, le 19 décembre 1835, le second jour d'une arthrite très-grave; il avait déjà été attaqué deux fois de cette maladie, et il en avait souffert longtemps, disait-il, avec difficulté de respirer et douleur au sternum. Du reste, depuis la dernière attaque, qui avait eu lieu en 1833, il s'était assez bien porté pour exercer sa profession de tisserand. Les douleurs s'étaient d'abord portées sur les articulations des pieds; la rougeur et le gonflement de ces deux articulations avaient été accompagnées de la phlogose des genoux. Le malade se plaignait de mal de tête, la langue était pâteuse avec mauvais goût à la bouche, la soif plus grande, toux avec crachats écumeux, respiration accélérée, fièvre aiguë.

La percussion donnait un son clair au côté droit du cœur, un son plus obscur au côté gauche, soit en avant sur les côtés, soit en arrière. Le murmure respiratoire vésiculaire était aussi prononcé que dans la respiration puérile au côté droit, et on sentait à la région antérieure du poumon gauche des désordres qui altéraient le cœur; l'expansion pulmonaire était imperceptible et on ne reconnaissait qu'un souffle bronchique.

A la percussion, je trouvai que le cœur avait trop d'extension; l'auscultation me fit découvrir un bruit de soufflet approchant de celui de lime, plus clair surtout à la région de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche. Le malade accusait la sensation d'un poids sur le côté gauche de la poitrine, côté sur lequel le coucher était obligé, mais il ne se plaignait point du cœur, quoique l'impulsion du sang y fût énergique et que les pulsations en fussent irrégulières.

On diagnostiqua une arthrite compliquée d'une vive phlogose du poumon gauche, avec endurcissement des valvules bicuspides et hypertrophie du ventricule gauche.

Dans l'espace de huit jours, au moyen de sept saignées et de remèdes internes analogues, les douleurs abandonnèrent tout à fait les articulations, et le poumon gauche reprit le libre exercice de ses fonctions, du moins on le crut. Mais le calme ne fut pas de longue durée; le seizième jour, à ma visite du soir, je trouvai le malade dans l'affaissement, respirant avec difficulté, quoiqu'il m'assurât ne pas souffrir de la poitrine. Je soupçonnai qu'il avait fait quelque écart de régime, je me contentai de lui donner un calmant pour le présent et remis au lendemain matin à faire un examen plus approfondi.

La nuit fut très-agitée; l'affaissement persistait; le malade restait couché sur le dos, un peu relevé, parce que, disait-il, il se sentait près de suffoquer. Il ne se plaignait d'aucune douleur à la région précordiale ni aux articulations, et toute sa souffrance venait d'un poids sur le cœur.

Les poumons explorés, je trouvai le droit en bon état, mais j'entendis dans le gauche un râle crépitant sec. La matité avait trois pouces d'étendue verticalement et en travers à la région précordiale. L'impulsion du cœur était obscure; on entendait toujours le bruit de soufflet comme de loin; les pulsations étaient fréquentes, irrégulières, le pouls était dur, serré, la peau sèche.

Saignée de dix onces; poudres tempérantes.

Le soir et le lendemain, les symptômes étant les mêmes, on répéta la saignée et on posa des sangsues à la région du cœur.

Ce traitement parut adoucir un peu le mal avec le secours des vésicatoires, mais la trève ne dura que quelques jours; les douleurs articulaires, la difficulté de respirer n'eurent plus de cesse; on observa la matité dans la région précordiale, l'impulsion du cœur était très-obscure, ainsi que le bruit anormal, l'œdème survint aux jambes, principalement à la jambe gauche; il y eut pectoriloquie dans le lobe supérieure du poumon gauche, et la respiration ne se fit plus dans son lobe inférieur.

Le malade mourut tout d'un coup dans la nuit du 7 février.

Autopsie 28 heures après la mort.

Cavité de la poitrine. Epanchement de sérosité limpide dans les cavités de la poitrine, à la quantité de quatre livres environ. Les plèvres costales offraient des traces d'ancienne phlogose. Sur la surface antérieure du poumon droit était une couche de lymphe concrescible. Dans le lobe supérieur du poumon droit, au côté externe, une adhérence entre les deux plèvres en forme de bandelette de la largeur de six lignes dans l'espace intercostal entre la 3e et la 4e côte. Une série de filamens déliés partait du bord externe du poumon et venait se fixer à l'œsophage, à la veine cave descendante, au péricarde.

Adhérence du lobe supérieur du poumon gauche avec l'aorte au moyen de cinq filamens celluleux très-déliés; union de l'extrémité postérieure inférieure du même lobe avec la plèvre costale, au moyen d'un tissu cellulaire, disposé en forme de bandelette large d'un pouce; le lobe inférieur adhérait par quatre petits ligamens au péricarde, et au diaphragme par une large bande. Cette portion de poumon, contiguë au péricarde, lui adhérait par une infinité de fils plus ou moins déliés, semblables aux cordages tendineux des colonnes charnues du cœur.

Le poumon droit était sain et on trouva seulement au bord inférieur du troisième lobe, une mélanose circonscrite de la grandeur d'un décime, le poumon gauche était moins crépitant que le poumon droit. On trouva dans les cellules du lobe supérieur de la sérosité et du sang, et dans le lobe inférieur, on découvrit une

hépatisation récente. Le tissu de ce lobe n'était pas ramolli.

Le cœur. Le péricarde adhérait aux deux poumons comme nous l'avons indiqué, et inférieurement il se confondait avec le diaphragme.

L'étendue du péricarde, depuis le sommet du cœur jusqu'à sa base, était de cinq pouces six lignes. Le diamètre transversal pris vers la base de quatre pouces six lignes. Le péricarde adhérait au cœur dans sa totalité, de sorte qu'il n'y avait aucun espace entre le feuillet externe et le feuillet interne. En détachant avec précaution ce sac d'avec le cœur, on observa que le péricarde n'avait guère plus d'épaisseur, mais qu'entre lui et l'envoppe immédiate du cœur il existait une tunique de nouvelle formation, de nature évidemment fibreuse, de quatre lignes d'épaisseur, et qui contenait dans l'entrelacement de ses fibres une humeur gélatineuse, jaunâtre. Cette fausse membrane était facile à enlever et à détacher du cœur avec le scalpel et les doigts ; alors on obtint ce viscère revêtu de sa propre enveloppe sans altération.

Cette tunique fibreuse était pointillée, du côté du cœur, de petites taches rouges correspondantes à autant de petits vaisseaux, et les derniers étaient plus apparens à la face postérieure du cœur et du côté gauche, que du côté droit.

Le cœur avait un peu plus de volumeque le poing du sujet : mesuré en dehors du sommet et à la base, il avait quatre pouces de longueur et quatre pouces six lignes de largeur, prise de sa base.

Les oreillettes étaient adhérentes par leurs bords au péricarde qui revêt les ventricules.

L'oreillette et le ventricule du côté droit n'avaient rien d'anormal. L'épaisseur des parois du ventricule aortique était de dix lignes ; à son milieu ce ventricule était hypertrophié ; sa capacité à l'état normal. L'endocarde du ventricule gauche était une peu épaissi, sans aucune trace de phlogose. Les valvules mitrales avaient plus du double de leur épaisseur naturelle, principalement aux insertions des tendons des colonnes charnues : elles n'avaient point la dureté cartilagineuse et paraissaient blanches ; entre les deux valvules, vers leur base, on remarquait une production cordiforme dont la base regardait le ventricule et le sommet l'oreillette, longue de sept lignes, épaisse de deux lignes et large de six, qui rétrécissait d'autant l'orifice auriculo-venticulaire. Sa couleur tirait sur le jaune comme la graisse qui couvrait l'endocarde valvulaire, et s'en pouvait facilement détacher ; alors on voyait un espace circonscrit en manière d'île, plus lisse, principalement à la valvule droite ; elle avait la nature du méliceris ; les valvules aortiques étaient saines.

Dans le ventre, épanchement d'environ trois livres de sérosité.

Toutes les altérations que nous avons notées sur ce sujet ne sont pas les effets de la dernière maladie, mais elles font voir que les attaques précédentes de cette même maladie avaient porté des atteintes graves aux viscères de la circulation et de la respiration. En effet, les mouvemens des valvules avaient été modifiés dès le principe du mal, et cette invasion soudaine de symptômes cardiaques indiquait que le cœur était déjà prédisposé à la maladie. Le rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire était accompagné de l'hypertrophie du ventricule gauche, lésion liée à cette végétation morbide trouvée entre les deux valvules bicuspides. *Corvisart* dit en avoir vu aussi sur les valvules semilunaires de l'artère pulmonaire, attachées quelquefois par des pédicules déliés, et flottantes dans la cavité du vaisseau; il les regardait comme les effets de la syphilis. *Hodgson* pense qu'elles ne proviennent pas toujours de cette cause, et il cite un exemple à l'appui de son opinion. M. *Hope* affirme, d'après un grand nombre d'observations recueillies dans les hôpitaux, que les vénériens n'y sont pas plus sujets que les autres malades.

Endocardite chronique.

Observation. IV. — L'histoire que je vais rapporter est incomplète sous plusieurs rapports, attendu que par des circonstances imprévues j'ai perdu l'occasion de faire l'autopsie, et que je n'ai pu observer que le cœur, ce qui, néanmoins, est suffisant pour faire voir les résultats d'une endocardite chronique.

Au mois de janvier, un vieillard âgé de soixante-dix ans, entra à l'hôpital pour une gastralgie chronique. Il se disait malade depuis quatre ans, est tel était son état, qu'il ne pouvait mouvoir une seule articulation sans souffrir de tout le corps. L'émaciation et l'abattement total des forces rendaient sa position très-pénible. Son transport à l'hôpital, dans une saison rigoureuse et par un temps de neige, lui fut si fatal, qu'il succomba en trois jours, faute de pouvoir respirer.

En explorant la région du cœur, j'avais entendu un bruit de soufflet très-clair qui se rapprochait de celui de scie; du reste, je ne pus guère m'éclairer sur son état, parce que le malade était si affaissé au physique et au moral, qu'il ne m'était pas permis de faire de grandes recherches.

Autopsie. — Péricarde à l'état sain. Le cœur un peu plus volumineux que de raison, et l'hypertrophie se partageait également entre les deux ventricules ; oreillette droite saine ; l'endocarde du ventricule gauche sensiblement épaissi, phlogosé; sur les valvules bicuspides et sygmoïdes aortiques, une couche membraneuse de nouvelle formation, épaisse d'une demi-ligne, de couleur blanche, qui, après avoir été détachée, laissait voir leur tissu à l'état sain ; il n'en était pas ainsi des valvules mitrales qui, après le détachement de cette fausse membrane, montraient l'endocarde épais, cartilagineux. Les valvules tricuspides et les sygmoïdes de l'artère pulmonaire avaient souffert la même altération ; les cordages tendineux des colonnes charnues des deux ventricules, quoique le cœur fût resté ouvert dans toutes ses cavités et en macération pendant douze heures, étaient d'un rouge écarlate ainsi que les bords des valvules où les cordages s'inséraient.

On ne rencontre pas souvent un exemple aussi clair



d'endocardite. Sur un grand nombre de cas, M. Bouillaud n'en cite que quatre qui se rapprochent de celui que je décris ; mais j'ose dire que le mien est un exemple plus frappant d'une endocardite chronique consécutive à l'arthrite. Je regrette de n'avoir eu le malade sous les yeux que dans ses derniers momens; j'aurais désiré présenter le tableau des symptômes produits par tant d'altérations.

Je pourrais ajouter à ces observations plusieurs autres cas que j'ai consignés dans mes notes, en preuve de la complication fréquente de l'arthrite avec la péro-endocardite : qu'il suffise de dire que sur treize cent dix-huit malades entrés à l'hôpital de Saint-Jean-de-Dieu, pendant l'année 1835, il s'en est trouvé cinquante-six affectés d'arthrite. Il y en a un qui est mort d'endo-péricardite, un autre d'arachnoïdite, un troisième de cystite, phlogoses qui vinrent se joindre à l'arthrite. Chez quarante-deux, la maladie marcha d'un pas régulier; chez onze, le cours de la maladie fut troublé avec plus ou moins de violence ; ici, il survint une endocardite ou une péricardite simple ; là, ce fut une *péro*-endocardite. Tous ces malades sont guéris néanmoins avec plus ou moins de soins, et ont recouvré une santé parfaite. Entreprendre d'exposer en détail chacun de ces histoires, l'espace d'un journal ne me le permettrait pas, et les lecteurs, surtout ceux qui n'ont pas foi dans le sthéthoscope, ne me pardonneraient pas l'ennui que leur causeraient tant de répétition. Je me flatte que j'ai rapporté assez d'exemples, quoiqu'en petit nombre, pour exciter les médecins à porter leur attention sur les maladies de la nature de celles que j'ai décrites, en profitant des précieuses lumières que l'auscultation répand sur leur diagnostic.

Luxation en arrière du coude droit, considérée successivement comme une simple foulure, puis comme une fracture intra-condylienne : perte des mouvemens de l'articulation huméro-cubitale. Dupuytren confirme le diagnostic de M. le docteur Morin, de Versailles, qui avait reconnu la luxation. Essais infructueux de réduction avec des aides. M. Sanson a recours aux appareils mécaniques du docteur Sédillot ; réduction de la luxation le cent quatorzième jour de l'accident. Guérison.

Le fils de M. X. inspecteur général des eaux et forêts, s'amusait avec de jeunes camarades de son âge (cet enfant avait onze ans) à monter à âne, lorsqu'il fut jeté par terre, et tomba sur le poignet droit, qu'il avait porté en avant pour amortir la chute. Relevé aussitôt, il se plaignit d'une vive douleur dans le coude du même côté, qu'il ne pouvait plus faire mouvoir, et il y survint bientôt un gonflement considérable. Un médecin consulté, traita cet accident comme une foulure, et après quelque temps le gonflement diminua, ainsi que la douleur; mais les mouvemens de l'articulation ne se rétablirent pas. Une consultation fut provoquée à Versailles, et M. le docteur Morin crut reconnaître une luxation ; mais ce ne fut pas l'avis de ses confrères, et il se borna à inviter le père de l'enfant à s'adresser à quelques chirurgiens de Paris, pour lever tous les doutes.

M. X. vit MM. P. père et fils, chirurgiens d'un des hôpitaux de Paris, qui s'accordèrent à nier l'existence d'une luxation. Une nouvelle consultation eut lieu, entre MM. Morin, P. père et fils, J. C. et B., tous deux professeurs.

M. C. interpella assez vivement M. Morin, sur l'erreur qu'il commettait en croyant à un déplacement du coude, et on décida qu'il y avait une fracture intra-condylienne, et que les bains, douches, etc., étaient les seuls moyens de traitement. On les mit à exécution sans aucun succès. Alors on vint voir Dupuytren, qui déclara nettement qu'il y avait luxation, et adressa le malade à M. Sanson, de l'Hôtel-Dieu, pour opérer la réduction qu'il jugeait convenable d'entreprendre. Un examen attentif montra que le membre était fixé dans une position plutôt étendue que fléchie; l'avant-bras ne pouvait se ployer que très-peu sur le bras, de manière seulement à laisser voir qu'il n'y avait pas ankylose. L'articulation huméro-cubitale se faisait remarquer par son épaisseur dans le sens antéro-postérieur bien qu'elle eut conservé, de l'épicondyle à l'épitrochlée, son diamètre transverse normal ; l'olécrâne était saillant en arrière, et se détachait fortement de l'humérus lorsqu'on cherchait à fléchir l'avant-bras. Le pli de la saignée était saillant, dur et tendu ; enfin le membre, mesuré depuis l'apophyse acromion jusqu'à l'olécrâne, était plus court que celui du côté sain, tandis que l'on trouvait la même longueur des deux côtés, de l'olécrâne à l'extrémité des doigts. La luxation ne parut pas douteuse, et M. Sanson la reconnut aussitôt, bien qu'on lui eût caché le diagnostic de Dupuytren. Il fit un premier essai de réduction avec des aides, mais sans succès. Ce fut alors qu'il en parla à M. le docteur Sédillot, professeur agrégé de la Faculté de Paris, dont on connaît les cures remarquables, obtenues dans le traitement des luxations anciennes, par l'emploi des appareils mécaniques, qu'il a mis à l'abri des accidens et perfectionnés par l'application du dynamomètre; et il fut décidé que l'on procéderait chez ce médecin, à une nouvelle tentative de réduction, le lundi 15 décembre 1834. M. Sédillot fit immédiatement fabriquer un bracelet moulé sur la main de l'enfant, et embrassant exactement l'extrémité inférieure de l'avant-bras, et la partie supérieure de la main jusqu'aux phalanges ; ce bracelet, lacé sur le côté, présentait en avant et en arrière, des anneaux destinés à supporter une partie des efforts extensifs. Afin de ménager l'articulation de l'épaule et d'éviter des tiraillemens quelquefois plus douloureux que ceux de l'article luxé lui-même, la contre-extension ne fut pas appliquée tout entière sur le tronc. Un bandage en peau, appuyé par son plein sur la partie antérieure et inférieure du bras, et dont les extrémités ramenées en arrière étaient fixées à des poulies, servait de principal moyen contre-extensif. L'avant-bras était également tiré en deux directions, d'une part par

les poulies attachées au bracelet de la main, de l'autre, par un second bandage appliqué sur la partie supérieure et antérieure de l'avant-bras, et dont on augmentait la puissance par la pression des mains. De cette manière les os du coude étaient tirés dans des directions contraires, et en même temps dégagés d'un contact trop intime, et par conséquent mieux disposés à la réduction; deux tentatives suffirent pour l'opérer; l'épaisseur anormale du pli du bras disparut, ainsi que la saillie de l'olécrâne; la flexion fut portée au delà de l'angle droit, ce qui avait été complétement impossible depuis l'accident; ce mouvement toutefois ne put s'effectuer sans une douleur assez vive, ressentie dans le trajet du triceps brachial qui se trouvait subitement alongé, après une contraction tonique de quatre mois. Pour empêcher la luxation de récidiver, M. Sanson plaça plusieurs compresses graduées sur l'olécrâne, et on les y assujétit assez fortement avec une attelle; l'avant-bras fut maintenu fléchi à angle droit, et l'enfant put regagner son domicile; la nuit fut calme, et le lendemain il n'y avait ni gonflement, ni endolorissement, et le petit malade repartit pour Compiègne. Aucune complication n'est survenue, les mouvemens se sont peu à peu rétablis, et le membre ne paraît pas avoir été le siége d'un aussi grave accident.

Le Dr Vidal,

Chirurgien sous-aide-major au Val-de-Grâce.

REVUE MÉDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

SEPTEMBRE 1836.

Coup-d'œil sur les conditions les plus favorables au traitement des aliénés; par M. SABATIER, D. M. P.

Il m'a toujours semblé que l'anatomie pathologique, à laquelle, d'ailleurs, la science est si redevable, puisqu'elle a conduit à caractériser, à localiser d'une manière précise un très-grand nombre de maladies, serait longtemps, pour ne pas dire toujours, impuissante à fournir à elle seule les matériaux d'une invariable classification des maladies mentales, surtout en considérant l'inflammation et ses divers phénomènes comme cause essentielle de ces maladies. Il y a, en effet, dans l'aliénation mentale, un caractère spécial qui n'appartient à aucun autre état morbide; et ce caractère spécial dérive lui-même de la spécialité de l'appareil qui, dans l'état appelé aliénation, est particulièrement influencé. Il va sans dire qu'on entend parler ici de l'appareil nerveux, auquel se rapportent deux grandes fonctions, la sensibilité et l'intelligence; celle-ci n'étant, au reste, qu'une modification de la première, et ne pouvant exister intacte qu'autant que la source dont elle émane n'est point elle-même anéantie ou profondément altérée. Or, les modes suivant lesquels la sensibilité s'exerce peuvent varier singulièrement, et cela sans qu'il soit possible d'assigner positivement les limites en-deçà et au-delà desquelles les variations doivent appartenir à l'état normal ou à l'état pathologique; parce que les lois de cet exercice nous sont inconnues. Tout ce que nous pouvons faire, c'est de constater que dans certains cas tel mode de sensibilité a coïncidé avec tel état d'une ou plusieurs parties de l'appareil nerveux, état qui a cessé d'être l'état naturel de ces parties, lesquelles se trouvent alors avoir subi une altération plus ou moins marquée dans leur aspect extérieur, leur forme, leur volume, leur consistance, leur couleur, etc., comparés à l'état normal. Mais à côté de ces cas assez nombreux, sans doute, il en est d'autres où la sensibilité a été modifiée, écartée de son mode ordinaire d'exercice, sans qu'on puisse rencontrer, dans l'appareil auquel elle se rapporte ou dans les diverses parties de cet appareil, d'appréciables modifications dans sa manière d'être ordinaire. Il faut alors en conclure qu'il peut exister des troubles dans l'exercice de la sensibilité sans que les tissus ou les organes chargés de cette fonction soient évidemment lésés, de même qu'une corde de violon peut donner sous l'archet un son faux et discordant sans que la texture de cette corde ait été le moins du monde altérée. Or, si la sensibilité peut être parfois écartée de l'état normal dans son mode d'exercice sans qu'une lésion évidente du tissu soit toujours indispensable pour produire le phénomène, l'intelligence, qui n'est qu'une dépendance de la sensibilité, peut subir par cela même des modifications indépendantes d'une altération réelle du cerveau; et par conséquent, anatomiquement parlant, peut-on localiser toutes les affections mentales? Je ne le crois pas; et c'est là précisément ce qui constitue pour nous le caractère spécial de ces affections. Ceux des médecins qui se sont le plus attachés à localiser ces diverses maladies, et qui ont prétendu assigner à chacune d'elles un caractère anatomique, ont été conduits à admettre des folies sympathiques lorsqu'ils ne trouvaient pas de lésions appréciables dans le cerveau, mais bien dans d'autres organes ou d'autres appareils plus ou moins éloignés. Or, s'il est des cas où l'intelligence peut être viciée dans son mode d'exercice par le seul fait d'un trouble de la sensibilité d'un autre organe sans que le cerveau soit malade primitivement, est-ce localiser l'affection que de rapporter le trouble de la fonction intellectuelle à la lésion d'un autre organe que celui qui est chargé de cette fonction? Pourrait-on songer à localiser la pneumonie en cherchant son siége dans l'estomac ou le foie, et suffit-il, pour constituer un rhumatisme de l'épaule, que cette affection ait son siége au genou? Car enfin, si un cancer à l'estomac, si une affection de l'utérus peuvent, comme on l'a vu si souvent, déterminer des délires sympathiques, ce n'est à coup sûr ni l'estomac ni l'utérus qui délirent, c'est le cerveau. Par conséquent, le cerveau peut délirer sans être malade, sans être enflammé, et par le seul fait d'une modification plus ou moins profonde apportée dans l'exercice de la sensibilité générale.

Si l'anatomie pathologique ne nous montre pas dans le cerveau la lésion qui produit l'aliénation mentale toujours aussi clairement qu'elle nous révèle la pneumonie ou la phthisie dans le poumon, la carie dans un os, l'anévrysme dans une artère, c'est que l'aliénation est, à vrai dire, quant à son existence, un phénomène purement vital, qui disparaît quand la vie cesse, comme la lumière disparaît d'une lampe sur laquelle on souffle. C'est une manifestation particulière, une manière d'être qui n'a ni formes, ni étendue, ni dimensions. La rechercher dans les organes que n'anime plus la vie, n'est-ce pas courir après une abstraction? N'est-ce pas, en effet, après coup que se déduisent à cet égard la plupart des inductions anatomiques? n'est-ce pas le *post hoc, ergo propter hoc*, sophisme appliqué là comme en

tant d'autres circonstances ? Car on conclut des lésions trouvées à l'aliénation, parce que l'on savait avoir à faire à un sujet qui pendant sa vie en avait offert tous les symptômes. Mais, je le demande, est-il jamais arrivé à un anatomo-pathologiste de déclarer sans hésiter, en examinant les organes d'un sujet inconnu, que cet individu était mort nécessairement dans un état, je ne dirai pas de délire aigu, ce qui est bien différent, mais d'aliénation mentale? Non, tandis que l'élève le moins avancé saura reconnaître, à l'ouverture du premier cadavre venu, si l'individu a succombé à une pneumonie, une gastro-entérite aiguë, une hépatite, etc.

Si, de l'aveu même des localisateurs, l'aliénation mentale ne suppose pas toujours nécessairement une lésion cérébrale matérielle, appréciable, et s'il est vrai que les lésions organiques qu'on peut rencontrer après la mort de certains sujets, ne constituent pas essentiellement les seuls élémens de la folie, il en résultera pour nous cette conséquence, que l'aliénation mentale est un état qui diffère essentiellement des autres états morbides; et que, en général, les moyens capables seulement d'agir sur les organes, soit d'une manière mécanique, soit par une simple action moléculaire, ne seront et ne pourront être les seuls agens à mettre en usage dans le traitement des aliénés. En effet, par cela même que vous voyez un maniaque, je suppose, n'offrir parfois à votre examen aucun des phénomènes physiques dont l'ensemble constitue pour vous l'état appelé maladie, vous conclurez, *à priori*, que les moyens à l'aide desquels on traite ordinairement les maladies, pourront fort bien ne pas réussir à changer l'état de ce maniaque; et cette conclusion, logiquement déduite en théorie, se trouvera trop souvent confirmée par l'expérience. Est-ce donc à dire que ces moyens devront être considérés comme inutiles ? Non, mais au moins comme très-souvent insuffisans à eux seuls. L'indication principale à remplir en pareil cas consiste à empêcher, ou pour mieux dire à modérer autant que possible l'activité d'une fonction troublée dans son mode naturel d'exercice; de même qu'il convient de soustraire un œil enflammé à l'impression d'une lumière vive, avant d'attaquer l'ophthalmie par la série des antiphlogistiques. Dans l'un comme dans l'autre cas, l'accomplissement de ces indications premières est la condition indispensable des succès qu'on veut obtenir. Il importe donc, avant tout, pour le traitement des aliénés, de ne pas activer chez eux l'exercice de la pensée, et la meilleure condition du traitement serait la suspension totale de cet exercice pendant un temps donné, si cette condition était au pouvoir du médecin. Mais à défaut de ce pouvoir, toutes les impressions extérieures auxquelles il est possible de soustraire l'aliéné doivent être soigneusement écartées; surtout celles sous l'influence médiate ou immédiate desquelles l'aliénation a pu survenir. Voilà pourquoi, à l'égard de ce genre de maladies, certains établissemens bien conçus, bien compris dans leur but et leurs moyens, sont, je ne dirai pas utiles, mais indispensables au traitement de la folie. Ce n'est pas seulement parce qu'ils peuvent être dangereux, parce qu'ils peuvent nuire aux autres et porter le trouble dans leur famille ou leur voisinage, qu'il convient d'éloigner ces malades du foyer domestique : il y va encore plus de leur propre intérêt que de l'intérêt de ceux qui les entourent; car l'aliénation mentale, en la considérant comme une maladie, offre encore, sous ce rapport, avec les autres états morbides, des différences tellement tranchées qu'il est impossible de ne pas lui reconnaître une spécialité exclusive; de telle sorte que prétendre traiter un fou comme un malade ordinaire serait commettre un non-sens pathologique et thérapeutique. Par exemple, l'habitation sous le toit domestique, et les soins de la famille, si précieux, si consolans dans les autres maladies, sont plutôt défavorables à l'aliéné. Le repos du corps, si essentiel dans la plupart des maladies, surtout quand elles sont aiguës, ne convient pas à ce dernier; autant son intelligence a besoin de calme, autant son corps a besoin de mouvement. Ainsi, rompre les anciennes habitudes, éloigner tout sujet d'impressions fortes, mettre le malade en contact avec des objets nouveaux, l'isoler de tout ce qui peut déterminer chez lui le retour des sensations ou des idées sous l'influence desquelles son intelligence a été dérangée du mode ordinaire de ses manifestations, lui imposer une autorité douce mais ferme à laquelle il ne se sente pas la force ou le moyen de se soustraire, lui fournir tous les moyens d'exercer ses forces physiques et de reposer sa pensée, telles sont les premières indications thérapeutiques auxquelles doivent conduire l'étude et l'appréciation des maladies mentales.

Les réflexions qui viennent d'être présentées nous semblaient, par le fait du raisonnement seul, être suffisamment appuyées ; et nous avons pu en apprécier la justesse pendant un assez long séjour que nous fîmes l'été dernier à Vanves, dans le bel établissement créé par nos honorables confrères MM. Falret et Voisin, et consacré par eux exclusivement au traitement des aliénés. Dans l'ensemble des dispositions adoptées par ces médecins, on reconnaît que la condition principale qu'ils ont cherché avant tout, et qu'ils sont parvenus à remplir, a été la possibilité d'isoler plus ou moins complétement leurs malades. Pour arriver à ce résultat si indispensable, il faut avoir à sa disposition, non pas seulement une cour et un jardin de médiocre étendue, mais un espace considérable dans lequel, au besoin, une petite ville pourrait tenir. Dans cet espace, si habilement ménagé d'ailleurs, qu'il semble n'avoir pour limites que l'horison, s'élèvent de petits corps de bâtiment séparés, indépendans les uns des autres, dans lesquels habite, loin du bruit et du monde, la petite colonie de malades. Ceux d'entre eux qui sont agités ou sujets à des accès de fureur, et pour lesquels un isolément complet est nécessaire, habitent des pavillons solitaires, et souvent trouvent bientôt le calme au milieu des bois qui les environnent, des eaux qui coulent paisibles près de leur demeure, et du silence profond qui les entoure.

Si l'isolement et la solitude absolus sont indiqués autant par la nécessité que par le traitement même pour

le fou en fureur, ils sont pour le mélancolique un besoin qu'il ne faut pas chercher à contrarier. Lorsque ces malades se trouvent placés dans des lieux où ils ne peuvent se séparer des autres, leur mal s'irrite, et le calme au lieu de rentrer dans leur esprit s'en éloigne au contraire davantage. Aussi, placez-les dans des conditions telles qu'ils puissent prendre du monde en quelque sorte ce qui leur en plaira; qu'ils puissent à leur gré ou vous éviter, ou venir à votre rencontre; qu'ils trouvent sous leurs pas, et sans les chercher, des objets qui amusent leur trop uniformes loisirs, et chassent de temps en temps la pensée dominante qui les obsède; surtout que l'espace soit autour d'eux et que la vue de grilles, de portes, de murailles ne vienne pas à chaque instant leur rappeler qu'ils sont captifs; car l'idée d'être retenu, d'être enfermé, irrite souvent l'aliéné, quand elle vient se présenter à lui; et nous en avons vu quelques-uns imaginer les ruses les plus singulières, faire preuve d'une incroyable patience pour parvenir à s'évader des lieux où ils recevaient les soins les plus éclairés, les meilleurs traitemens, les égards les plus minutieux, et où eux-mêmes se trouvaient d'ailleurs fort bien. C'est donc un soin qui n'est pas inutile, de dérober autant que possible à leurs yeux la vue de grilles, de portes, de murailles, et de ménager d'heureux accidens de terrain, pour empêcher que ces murs qui les environnent n'étalent sans cesse à leurs yeux leur désespérante monotonie. Au contraire, il convient, en exerçant sur eux une surveillance attentive, de leur offrir toutes les apparences de la plus entière liberté, et l'on sent combien la disposition des localités est importante à cet égard. C'est dans l'ensemble d'une foule de détails de ce genre que consiste l'une des parties les plus essentielles de la thérapeutique de l'aliénation mentale, celle pourtant qu'on avait le plus complétement négligée, méconnue avant que Pinel, avant que M. Esquirol surtout en eussent fait ressortir l'importance. Il est même encore des pays où ce grand principe de la thérapeutique de l'aliénation mentale a si peu prévalu contre une habitude vicieuse et d'indestructibles préjugés, que les moyens coërcitifs les plus violens et les traitemens les plus capables d'exaspérer l'état des aliénés sont employés cependant comme les plus simples, les plus naturels à l'égard de ces infortunés; c'est qu'on ignore dans ces pays tout le parti qu'on peut tirer en leur faveur de la solitude, de l'isolement et de la liberté. Certaines institutions de Belgique sont fondées principalement sur ces trois données essentielles, et la répartition des aliénés en petites colonies agricoles prouve, mieux que les chaînes, les cellules, la réclusion et l'encombrement, jusqu'à quel point l'on se trompe en condamnant tous les fous à une séquestration complète; en les séparant du monde sans les isoler les uns des autres; en les vouant tous ainsi à l'incurabilité, lorsque par des moyens contraires il y a chance d'en voir un assez grand nombre revenir à la raison, et par cela même à leurs rapports de famille et de société. Il suffit de voir combien l'indépendance et la liberté sont pour l'homme d'impérieux instincts, pour se convaincre qu'en résistant toujours à leur manifestation, on ne peut qu'aggraver l'état de ces malades. Un de nos confrères, qui fut attaché à l'établissement de Charenton, nous a rapporté que, quelquefois, lorsqu'il jugeait la chose possible, M. Esquirol laissait sortir un malade sur sa demande avec promesse de revenir à une heure convenue, et la promesse était exactement tenue. C'était à coup sûr faire un pas immense vers la guérison.

L'importance de l'isolement dans un très-grand nombre de cas de maladies mentales, sera d'autant mieux appréciée qu'on réfléchira davantage à la facilité avec laquelle certaines affections du système nerveux sont susceptibles de se communiquer ou de s'exaspérer par imitation. La contagion dans ce cas n'est pas, il est vrai, le résultat d'un miasme, d'une effluve absorbable par la peau ou par le poumon. C'est une impression première reçue par les centres nerveux qui ensuite tend à se reproduire sous la même forme, à se répéter par suite de l'habitude même. On a dit, et non sans raison, qu'une habitation constante au milieu des fous pouvait finir quelquefois par ébranler la raison d'un homme sensé. Le fait est qu'on peut citer quelques exemples de médecins de fous qui sont devenus fous eux-mêmes, et cela sans autre cause probable que leurs nombreux et journaliers rapports avec les aliénés et leurs études dirigées constamment sur l'aliénation. Ainsi, de même que dans les prisons l'encombrement des individus et leurs rapports incessans achèvent de détruire le peu de moralité qui leur restait, ces tristes lieux se trouvant être à la fois un double foyer d'infection où le typhus moral tue les consciences, comme le typhus proprement dit tue les corps; de même le contact incessant des aliénés les uns avec les autres, la nécessité de rapports continuels entre les individus placés dans des conditions telles qu'ils ne puissent se séparer lorsqu'il en serait besoin, peuvent exercer sur leur état réciproque une influence des plus fâcheuses. Je dis peuvent, car dans la thérapeutique de l'aliénation, comme dans celle des autres maladies, il n'y a pas de règle absolue. Si l'isolement, en effet, est un principe généralement recommandable et nécessaire, il est des cas cependant où son application trop rigoureuse serait nuisible. C'est au médecin exercé à l'observation de ces malades à saisir ces nuances, et à en tirer le parti le plus avantageux; à graduer en quelque sorte l'isolement suivant les conditions du malade; quelquefois même à rejeter pour lui l'emploi de ce moyen, et à le mettre immédiatement en rapport avec d'autres malades plus capables d'agir favorablement sur lui, que tous les conseils ou les remèdes qu'on pourrait lui donner. Un fait de ce genre s'est passé dernièrement à Vanves: une dame affectée d'un délire partiel dont rien n'avait pu la guérir chez elle, entra dans cet établissement. Très-peu de temps après cette dame ayant causé avec deux ou trois autres malades comme elle, s'aperçut bientôt par quel point péchait la raison de ses voisines, et faisant alors application à elle-même de son propre raisonnement, elle se convainquit bientôt que puisque ses compagnes déliraient sur certaines points sans s'en apercevoir, il de-

vait en être de même pour elle à l'égard des idées qui la tourmentaient, et que pour la première fois alors elle trouva fausses et erronées. Ainsi, cette malade, que ni les remontrances, ni les conseils de sa famille, ni les moyens thérapeutiques n'avaient pu guérir, se trouva guérie par quelques heures de conversation avec des folles.

On voit, d'après ce qui vient d'être dit, de quelle importance sont pour le traitement de l'aliénation mentale les dispositions des localités et la nature des établissemens. On doit à M. Esquirol d'avoir particulièrement insisté sur l'importance de ces dispositions ; et si tous les établissemens de ce genre ne sont pas aussi parfaits que ceux d'Ivry ou de Vanves, du moins comprend-on plus généralement aujourd'hui la nécessité de s'en rapprocher le plus possible, parce qu'on sent mieux que jamais aujourd'hui que le traitement des aliénés borné aux seuls moyens pharmaceutiques ou chirurgicaux serait en générale incomplet et insuffisant. Nous disons en général, parce qu'il existe en effet des cas où ces moyens seuls peuvent suffire. Ainsi, suivant les indications, on a vu souvent les saignées générales ou locales, l'emploi de révulsifs énergiques appliqués à la peau, d'exutoires, etc., amener les meilleurs résultats. Nous n'ignorons pas aussi que des faits très-dignes de remarque prouvent que certains désordres de l'intelligence peuvent être la conséquence d'une lésion toute locale d'une faible portion du système nerveux. On a vu, par exemple, chez un individu, des accidens d'aliénation mentale reconnaître pour point de départ l'affection d'une dent, et persister, malgré tous les moyens mis en usage pour les combattre, jusqu'à ce que, par le conseil d'un médecin expérimenté, l'avulsion de cette dent eût été pratiquée: dès-lors tous les accidens disparurent. Des faits de ce genre ne doivent jamais être perdus de vue, bien qu'ils appartiennent plutôt aux exceptions qu'aux généralités. Ils prouvent que dans l'investigation des causes, soit prédisposantes, soit occasionnelles, on ne saurait apporter une trop scrupuleuse attention. Ce serait à coup sûr simplifier à la fois l'étiologie et la thérapeutique de l'aliénation que de la faire toujours dépendre d'une affection organique locale. Une telle idée a dû paraître trop séduisante pour n'être pas poursuivie et systématisée ; mais la nature ne se plie pas toujours facilement au gré des théories ; elle nous les laisse bâtir et va son train. Elle nous montre, à cet égard, des causes bien diverses produisant des effets analogues. Or, toutes les fois qu'une cause locale bien évidente ne se traduira pas, les moyens locaux auront par cela même bien plus de chances de succès dans le traitement de l'aliénation ; et c'est alors que les moyens généraux et surtout l'hygiène devront être méthodiquement appliqués. Cette dernière comprendra en première ligne l'isolement habilement dirigé, l'air, l'habitation, l'alimentation, l'exercice; et les secours qu'elle offrira à l'aliéné sous ces divers rapports seront à coup sûr au nombre de ceux qui pourront avoir sur son état la plus grande comme la plus salutaire influence.

De la dilatation partielle du ventricule gauche du cœur ; par M. Raoul Chassinat, docteur en médecine de la faculté de Paris (1).

La dilatation totale d'une ou de plusieurs des cavités du cœur, simultanément est une lésion assez connue, et sur laquelle depuis longtemps l'attention des observateurs s'est arrêtée. Mais il n'en est pas ainsi de la dilatation partielle de cet organe, en un point quelconque de son étendue, altération qui constitue une véritable poche anévrysmale communiquant avec un ventricule ou une oreillette, par un orifice plus ou moins étroit, et plus ou moins lisse et poli.

Les faits de ce genre ont été rarement observés ; et dans tous les cas, l'altération n'a été reconnue qu'à l'autopsie cadavérique, aucun signe n'ayant pu, pendant la vie, faire soupçonner son existence. De là, l'obscurité qui enveloppe son histoire ; c'est pour répandre sur elle quelque lumière, que j'ai entrepris d'écrire cette dissertation. Puissent mes efforts être couronnés de succès !

Historique de la maladie.

Selon M. Ollivier (2), le premier fait de ce genre a été observé par Don Guzmon Galenti, et inséré dans le t. IV de ses Commentaires de Boulogne, édit. de 1757. Cependant je dois dire qu'il m'a été impossible de le trouver au lieu indiqué.

Dans les nouveaux mémoires de l'Académie de Berlin pour l'année 1785, on trouve une autre observation de dilatation partielle du ventricule gauche du cœur. Ce fait avait été publié par Walter le père : il lui avait été transmis par son maître Büttner, professeur d'anatomie à Kœnisberg, lequel l'avait recueilli en 1759.

Mais antérieurement à ces deux auteurs, Puerurius (3) avait énoncé un cas de rupture de la veine cave, qui eut pour cause, selon lui, une *tumeur ovoïde de l'oreillette droite*. Une altération semblable de l'oreillette gauche fut observée par Panada (4) en 1799. Ce sont les deux seuls faits de dilatation partielle des oreillettes que l'on connaisse : aussi ne m'occuperai-je pas de cette altération dans ce mémoire, ne voulant parler que de la dilatation partielle du ventricule gauche, aucune lésion de ce genre n'ayant encore été observée dans le ventricule droit.

Dans son Précis d'anatomie pathologique, Baillie (5)

(1) Ce mémoire nous a été adressé par l'auteur, qui ayant fait subir des changemens et des corrections au travail qui avait servi de base à sa dissertation inaugurale, a désiré que cette nouvelle édition fut publiée dans la *Revue*.

(*N. R.*)

(2) Dict. de méd., 2e édit., t. VIII, art. COEUR.

(3) Ob. select. add. Burneti thesauro med. pract. lib. III, sect. 68, p. 345.

(4) Mem. di matematic. e di fisic. della Soc. ital. delle sc., tomo XI, p. 545.

(5) Traduction de M. Guerbois. Paris, 1815, in-8, p. 20.

rapporte une troisième observation de la maladie qui nous occupe, et Zannini à propos de ce fait en cite un autre fort important et fort curieux, dans une traduction italienne de cet ouvrage qu'il publia en 1819 (1).

Dans le courant d'octobre 1796, Corvisart (2) eut occasion d'observer une dilatation partielle du ventricule gauche du cœur, sur un nègre de 27 ans qui vint mourir à l'hôpital de la Charité. Il consigna ce fait dans son ouvrage, il l'avait été déjà dans un recueil périodique par Mourichean-Beauchamp (3).

A l'occasion de cette observation, Corvisart, dans l'ouvrage cité, rapporte un fait emprunté à Lieutaud comme un second exemple de la lésion qu'il venait de décrire. Selon M. Dezeimeris (4), ce fait fut d'abord inséré dans le journal de M. Blegny (nouvelles découvertes sur toutes les parties de la médecine), et il ne se trouve pas dans les Éphémérides des curieux de la nature, comme Corvisart l'a écrit d'après Lieutaud; et comme on l'a répété depuis, cette observation porte en elle quelques caractères un peu suspects. D'ailleurs, telle qu'elle est rapportée, il est impossible de la considérer comme une dilatation partielle du ventricule gauche, *communiquant avec la cavité de ce ventricule*. Ce fait ne pouvait donc pas être rapproché de celui de Corvisart : aussi, retrouvé dans d'autres recueils, a-t-il été pris pour un cancer par quelques auteurs, et pour un fongus par un autre. Je n'en tiendrai donc ici aucun compte.

Autant il est utile, pour l'histoire d'une maladie, de rassembler le plus grand nombre possible d'observations publiées à son sujet, autant il est pernicieux de regarder comme lui appartenant des descriptions dont elle n'a pas été l'objet. Cette considération m'engage à rapprocher du fait que je viens de citer, le rejetant comme lui, cet autre mentionné par J. F. Meckel, dans sa dissertation inaugurale (5). Le voici, je le cite à dessein, sans le traduire :

. . . . . *Ventriculi superficie externâ cystis est diametri ad minimum pollicaris. Membrana quâ formatur, lineam fere dimidiam æquas crassitudine et, locis compluribus, ossei quid continet. Musculosa cordis structura* neque sub, neque juxta eam, *degenerata est, præter notabiliem in crassationem, etc......* M. Dezeimeris (mém. cit.) avait rapporté ce fait à un anévrysme partiel du cœur. Cela venait de ce que dans le recueil où ce savant l'avait puisé, on avait oublié de mentionner ces mots : *neque sub, neque juxta eam.....*, qui signifient évidemment qu'aux environs du kyste et au-dessous de lui, *sub*, c'est-à-dire du côté du ventricule, la substance du cœur était saine; la tumeur ne communiquait donc pas avec la cavité du ventricule. C'est aujourd'hui l'opinion que, à ce qu'il m'a dit lui-même, a adoptée M. Dezeimeris, après avoir remonté à une source plus certaine.

Jusqu'à Kreysig (1) aucune observation, ni aucune remarque nouvelle, relatives à la dilatation partielle du ventricule gauche du cœur, ne peuvent être mentionnées. Cet auteur, en se contentant de rapporter quelques faits déjà connus, les accompagne de quelques réflexions qui ne jettent que peu de jour sur l'histoire de la maladie.

Dans l'ouvrage de MM. Bertin et Bouillaud (2), publié en 1824, il n'est parlé de cette affection que dans une note dans laquelle on cite le fait de Corvisart. Du reste, les auteurs ne fixent pas davantage leur attention sur la maladie, « n'ayant jamais, disent-ils, observé rien de » semblable. »

Au commencement de l'année 1826, M. Bérard aîné consigna, dans sa dissertation inaugurale (3), deux exemples remarquables de dilatation partielle du ventricule gauche du cœur : l'un lui était propre, l'autre avait été observé par M. Bérard jeune, dans le service de M. Bally, à l'hôpital de la Pitié.

Dans son ouvrage, Laennec (4) répète le premier de ces deux faits, ainsi que celui de Corvisart, en les faisant suivre de quelques courtes réflexions énoncées avec un point de doute.

Enfin parut, en 1827, le mémoire de M. Breschet (5) sur *l'anévrysme faux consécutif du cœur*, nom qu'il donne à la maladie qui nous occupe. Ce mémoire renferme quatre observations nouvelles : deux, communiquées par Dance et M. le professeur Cruveilhier, étaient publiées pour la première fois, ainsi que la troisième qui fut recueillie par MM. Briest et Breschet, et qui eut pour sujet Talma; quand à la quatrième, c'est la description d'une pièce anatomique placée dans les cabinets de la Faculté de médecine de Paris. M. Breschet avoue que, pendant longtemps, il a pensé qu'elle représentait le cœur du nègre qui fait le sujet de l'observation de Corvisart; mais qu'après un plus mûr examen, il a cru devoir changer d'avis. Pour moi, m'appuyant sur cette espèce d'incertitude de M. Breschet lui-même, sur les traditions conservées parmi les gardiens des collections, qui ont attribué cette pièce à Corvisart, et surtout sur un examen comparatif de cette même pièce, et de la description donnée par cet auteur, j'ai été porté à être d'une opinion con-

(1) Anat. pathol., ec., di Matt. Baillio, vol. I, page 27.—Aneurismo del cuore, n. 17 et 18. Venezia, 1819.

(2) Maladie du cœur, etc., 2e édition, observation XLII, page 173.

(3) Rec. de la Soc. de méd. de Paris, année 1797, tome V, p. 292.

(4) Aperçu des découv. faites en anat. pathol. (Arch. de méd., t. XXI, ann. 1829.)

(5) Comment. lips., t. XXXVII, p. 547. — Dissert. de cordis condit. abnorm. Halle, 1802, in-4.

(1) Malatt. del cuor; traduz. del tedesco di G. Ballarini. Pavia, 1821, vol. IV, passim.

(2) Maladies du cœur, etc., in-8°, 1824, p. 387.

(3) Thèses de Paris, ann. 1826, in-4°, no 23.—Arch. gén. de méd., t. X, p. 364.

(4) De l'auscultation médiate; 2e édition, t. II, p. 527.

(5) Repert. gén. d'anat. et de physiol. pathol. Paris 1827, in-4°, t. III, p. 183.

traire à celle du savant académicien : aussi croirais-je faire double emploi, si je tenais compte de la description de cette préparation anatomo-pathologique.

A peu près à la même époque où M. Breschet publiait les trois observations qu'on vient de lire, un médecin anglais, le docteur Robert Adams (1), dans un mémoire sur les dilatations du cœur, rapportait deux cas de la maladie qui fait le sujet de cette dissertation. Le premier lui avait été communiqué par le docteur Cusack, et la pièce pathologique existe dans le musée anatomique de Park-Street; le second avait été recueilli par M. Harrison.

En 1829, M. le docteur Reynaud (2) publia une observation très-remarquable de deux sacs anévrysmaux dans le même cœur. Dans le même article il inséra un autre cas de dilatation partielle du ventricule gauche qui lui avait été communiqué par M. Carswell. La pièce pathologique en est conservée dans le musée anatomique de l'hôpital de Chatham.

Un dernier fait fut inséré par M. Riguardi (3) dans les Annales de médecine de Milan pour l'année 1829; il l'avait observé en 1823. Ce fait fut traduit la même année dans les Archives générales de médecine.

Cette année, dans la seconde édition du Dictionnaire de médecine, à l'article Coeur, M. Ollivier (*loc. cit.*) a résumé l'état de la science sur la dilatation partielle du ventricule gauche du cœur; il a rapporté tous les faits que je viens d'indiquer en les accompagnant de quelques réflexions générales empruntées pour la plupart aux auteurs qui avaient observé la maladie qui nous occupe.

Tels étaient les cas de dilatation partielle du ventricule gauche renfermés dans les Annales de la science; ils étaient au nombre de quinze, quand, dans le courant de l'année dernière (1834), j'ai eu occasion d'en observer un fort remarquable à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. le professeur Rostan. Je vais citer ce fait avec détails.

Observation.

Chevalier, bourrelier de profession, âgé de 65 ans, d'une forte constitution, d'une taille peu élevée, avait toujours joui d'une bonne santé; seulement, il dormait habituellement beaucoup, et était sujet à de fréquentes migraines qui n'offraient rien de régulier dans leur apparition.

Le 20 mars 1834, après avoir déjeuné comme à son ordinaire, sans aucun phénomène cérébral précurseur, il tomba sans connaissance; revenu à lui, une heure après, il s'aperçut qu'il était paralysé du côté gauche du corps. En outre, pendant huit jours il rendit les urines et les matières fécales involontairement.

Deux mois après son accident, c'est-à-dire le 28 mai, le malade entra dans l'hôpital de la Pitié. Il s'offrit dans l'état suivant : apparence de santé, teint assez coloré, physionomie naturelle, légère déviation à droite de la commissure des lèvres. Paralysie complète du mouvement seulement dans le membre pelvien gauche, avec légères douleurs; œdème de la jambe et du pied paralysés. Le membre supérieur est revenu à son état normal. Ni céphalalgie, ni insomnie; sens intacts, intelligence normale. Soif et anorexie; du reste, fonctions digestives saines; défécation et miction volontaires. Respiration un peu difficile; toux, crachats muqueux peu abondans.

Le malade dit ne jamais avoir éprouvé de douleur dans la région précordiale; jamais il n'a eu de palpitations. La percussion fait entendre un son mat dans une étendue plus grande qu'à l'ordinaire, dans le région du cœur; le bruit et l'impulsion résultant des contractions de l'organe ne présentent rien de particulier; il n'existe aucun bruit anormal. Le pouls, d'un développement ordinaire, donne 84 pulsations par minute; il est sensiblement plus faible à gauche qu'à droite. Il m'a été impossible d'obtenir aucun autre renseignement commémoratif sur l'état antérieur des organes circulatoires. (Saignée de 12 onces, tisane de chien dent avec crême de tartre.)

Les jours suivants, le délire s'empara du malade; il s'y joignit d'autres phénomènes annonçant un travail de ramollissement autour du caillot apoplectique. A la même époque une double pneumonie se déclara; ses symptômes s'unirent à ceux de l'encéphalite, et dès-lors la perte du malade parut certaine. Cependant, au milieu de ces graves désordres, les organes de la circulation n'offrirent rien de plus saillant que lors du premier examen.

Enfin, le malade ne put résister aux causes de destruction accumulées contre lui; il succomba le 22 juin, vigt-cinq jours après son entrée à l'hôpital.

Deux jours avant la mort, une abondante hémorrhahagie avait eu lieu à trois reprises différentes dans le canal intestinal; et une grande quantité de sang noir, fétide, en partie liquide, en partie coagulé, avait été rendue par les selles.

Autopsie faite trente-six heures après la mort, par une température de 18° *R.*

Tête et rachis. — Méninges pâles, baignées de sérosité; même aspect des circonvolutions cérébrales, excepté sur le lobule postérieur droit, où les membranes adhérent, et qui présente une injection rougeâtre avec un peu de boursouflement. Au centre de ce lobule existe un kyste hémorrhagique du volume d'une amende, tapissé par une membrane assez dense, et rempli de sérosité jaune rougeâtre, et entouré d'une masse ramollie, rosée, de la grosseur d'un œuf de poule. Dans

(1) Cases of diseases of the heart accomp. with pathol. observat., in Dublin hosp. reports, mars 1827, vol. IV, page 353, 408, 413.

(2) Journal hebdom. de méd., année 1829, n° 22, tome II, p. 363.

(3) Annali univ. di med. Milano, 1829, in-8°, n. di gennaio. — Arch. génér. de médecine, Paris, année 1829, tome XIX, p. 428.

le corps strié et dans la couche optique du même côté se rencontrent deux petits kystes de même nature, mais sans ramollissement environnant. A la partie moyenne et supérieure de l'hémisphère gauche il en existe un quatrième un peu plus volumineux que les deux précédens, entouré d'un ramollissement peu profond. Le cervelet et la protubérance annulaire sont dans l'état sain. Les artères de la base du cerveau présentent quelques point ossifiés. Il n'y a rien dans la moelle épinière.

Poitrine. — Le poumon droit est hépatité en rouge dans sa moitié inférieure. Il est infiltré d'une sérosité sanguinolente dans le reste de son étendue. Le gauche est revenu sur lui-même; à sa partie inférieure existe une portion hépatisée de la grosseur d'un œuf.

Le cœur recouvert de son enveloppe fibro-séreuse, offre un volume beaucoup plus considérable que dans l'état normal. Le péricarde ne contient que très-peu de sérosité brunâtre. Le cœur est volumineux et très-allongé dans le sens vertical. Il n'existe aucune trace de déchirure à sa surface. Il offre à sa pointe une tumeur arrondie du volume environ d'un gros œuf de poule. Cette tumeur, à son point de réunion avec la partie supérieure du cœur, présente un rétrécissement peu marqué, indiqué par un léger sillon. La face postérieure de cette tumeur, dans une étendue de deux pouces carrés environ, adhère au péricarde. Dans cette partie, et à une petite distance aux environs, cette membrane présente quelques taches brunâtres assez larges : de plus elle est évidemment épaissie. Le ventricule droit du cœur offre une légère hypertrophie excentrique de ses parois; le sommet de la cavité aboutit à deux lignes au-dessus du sillon qui se remarque à l'extérieur. Le ventricule gauche offre la même altération dans les deux tiers supérieurs de ses parois, qui dans certains points ont une épaisseur de sept à huit lignes. Mais à la partie inférieure ou pointe, il existe une altération remarquable. A partir d'un point marqué par une légère saillie circulaire, correspondant au sillon extérieur dont j'ai parlé, l'épaisseur des parois va en diminuant jusqu'à la partie la plus déclive, qui n'a plus guère que l'épaisseur d'une ligne en y comprenant le feuillet viscéral du péricarde. Cet amincissement de la pointe du ventricule gauche existait conjointement avec une dilatation considérable qui donnait lieu en ce point à une cavité arrondie d'un pouce et demi de diamètre en tous sens. Cette cavité, dont j'étudierai plus tard les parois, était remplie par une masse polypiforme. La surface libre de cette masse limitait en bas la cavité du ventricule; il en résultait que cette cavité avait à peu près la forme d'un cône creux tronqué dont la base serait en bas. Fendue dans toute son épaisseur, la masse polypiforme s'est trouvée formée par la superposition de plusieurs couches fibrineuses absolument semblables à celles des anévrysmes des artères. Ces couches, d'épaisseur différente, étaient séparées les unes des autres en totalité ou en partie par un liquide rougeâtre sanieux assez épais. Leur consistance allait en augmentant des plus superficielles aux plus profondes; leur couleur était jaune rougeâtre; elles présentaient des traces évidentes d'organisation. La masse entière adhérait intimement aux parois de la cavité qui la contenait, excepté tout-à-fait en bas, où elle en était séparée, dans un espace d'un pouce carré environ, par une certaine quantité de ce liquide sanieux dont j'ai parlé déjà. Les parois de la cavité que je viens de décrire avaient, comme je l'ai dit, une épaisseur qui décroissait de haut en bas, depuis un quart de pouce jusqu'à une ligne seulement. La surface intérieure de ces parois débarrassée en quelques points et avec assez de peine des concrétions fibrineuses qui y adhéraient, n'offrait plus aucune trace de colonnes charnues; elle était à peu près lisse, à part les irrégularités marquant les points d'adhérence des couches fibrineuses. La membrane interne du ventricule était à peu près saine dans sa partie supérieure. Elle descendait évidemment dans l'intérieur de la cavité anévrysmale qu'elle tapissait complètement, mais elle avait perdu le caractère qu'elle présente dans l'état normal; elle était en effet épaissie, dense, blanchâtre en certains points, et colorée dans d'autres par la sanie rougeâtre qui séparait les couches fibrineuses. La tunique musculaire existait encore, et sans aucune solution de continuité appréciable dans toute l'étendue du sac; mais elle était pâle, extrêmement amincie, et réduite en une espèce de membrane. Le feuillet viscéral du péricarde, qui formait la tunique la plus extérieure de ce sac, était opaque, et offrait çà et là des taches brunâtres; sa consistance semblait un peu augmentée, mais en aucun point il n'était cartilagineux. La poche anévrysmale offrait encore assez de résistance pour ne pouvoir être que très-difficilement rompue. Les orifices du cœur étaient libres.

Au niveau de l'origine des artères sous-clavière et carotide gauches, l'aorte présentait quelques points épaissis et cartilagineux.

Abdomen. — L'estomac et les intestins étaient distendus par une grande quantité de sang verdâtre, en partie coagulé et décomposé. La membrane muqueuse gastrique était d'un rouge brun très-intense, surtout au niveau du grand cul-de-sac.

Le foie était normal; la rate était un peu ramollie.

Ces observations assez nombreuses démontrent, à n'en pouvoir douter, que le ventricule gauche du cœur est susceptible de se dilater partiellement, et toujours avec amincissement des parois; de plus, elles font voir en quelque sorte les différentes phases que parcourt la dilatation et les différens degrés qu'elle peut atteindre; car on peut les considérer comme à son début dans l'observation de M. Reynaud, où elles n'égalent que le volume d'une noisette, tandis que dans plusieurs autres, notamment dans celle que j'ai rapportée, elle peut être considérée comme parvenue à son *summum* de développement.

Nature et mode de formation de la maladie.

La dilatation partielle du ventricule gauche du cœur

étant bien constatée, est-il possible de se rendre compte des lois qui ont présidé à sa formation? s'est-elle développée sous les mêmes influences que la dilatation totale du ventricule? ou bien doit-on l'envisager comme tout à fait semblable, sous le point de vue de sa formation, à l'anévrysme faux consécutif des artères, en adoptant sur cette dénomination les idées de Scarpa? ou bien enfin, doit-on penser que des conditions particulières ont été nécessaires pour que son développement ait lieu? ce sont autant de questions que je vais examiner.

Et d'abord doit-on considérer la dilatation partielle du ventricule gauche comme dépendant identiquement des mêmes causes et formée sous les mêmes influences que la dilatation générale? je ne le pense pas; je crois au contraire que l'on peut saisir quelques différences.

En effet, depuis longtemps on s'était aperçu que la dilatation générale d'une cavité du cœur avec amincissement de ses parois, coïncidait avec un obstacle apporté au cours du sang, soit aux orifices, soit sur le trajet des gros vaisseaux. On rechercha quel rapport pouvait exister entre ces deux faits démontrés par l'observation. On reconnut que, puisqu'il y avait un obstacle à faire surmonter au sang, le cœur devait redoubler d'énergie pour en triompher. Si maintenant, par suite d'une disposition organique de son tissu, inconnue dans son essence, il ne pouvait chasser complétement le sang et cédait toujours sous l'effort de résistance de ce liquide, il devait en résulter une dilatation de la cavité qui était le siége de l'altération, avec amincissement de ses parois, comme cela arrive pour la vessie, quand elle est distendue outre mesure par l'urine, dans les cas d'oblitération complète ou incomplète de l'urètre. Mais on observa aussi des dilatations des cavités du cœur avec amincissement de ses parois, sans qu'il fût possible de découvrir un obstacle appréciable au cours du sang, soit aux orifices, soit dans les gros vaisseaux. Alors, pour expliquer la lésion organique du cœur, on la rattacha à une disposition générale agissant sur le cœur comme sur les autres organes de l'économie, et tendant à diminuer la force de résistance de ses fibres musculaires, c'est-à-dire à produire un véritable ramollissement d'où devait nécessairement résulter un amincissement des parois de l'organe. A une époque plus moderne on pensa que l'inflammation n'était peut-être pas sans influence sur la formation de cette altération, que l'on considéra alors comme consécutive à la cardite. Il pouvait se faire, en effet, que l'inflammation de la substance du cœur eût pour résultat le ramollissement de cette substance et partant son affaiblissement. Des faits démontrèrent la vérité de cette opinion.

Ces causes de dilatation d'un ventricule sont faciles à admettre; leur action se comprend fort bien; mais toutes agissent d'une manière générale sur ce ventricule. En effet, un obstacle au cours du sang excitera l'augmentation d'action de tout le ventricule, et il devra en résulter une altération générale de toute cette partie. Il en sera de même de l'inflammation étendue à tout ce ventricule, elle produira encore une lésion consécutive de totalité. Ces deux causes ne peuvent donc servir à expliquer une dilatation partielle. Il en serait de même *à fortiori* de la cause générale dont j'ai parlé.

Pour une lésion locale, il faudra donc nécessairement admettre une cause agissant localement. Quelle sera cette cause? c'est maintenant ce que je dois examiner. Voyons d'abord quelle est à ce sujet l'opinion émise par les différens auteurs qui ont parlé de la maladie qui nous occupe.

M. Galenti (*loc. cit.*), ni Walter (*loc. cit.*), ne cherchent à se rendre compte de la formation de la maladie qu'ils décrivent. Ce dernier seulement pense que, eu égard à la conformation du ventricule gauche, tout le sang ne pouvant passer dans l'aorte devait nécessairement s'accumuler dans la partie dilatée, et la dilater par conséquent de plus en plus. Cela n'est que l'exposition d'un fait consécutif à la dilatation, et non une explication de son existence.

Suivant Baillie (*ouv. cit.*), la tumeur aurait pour première origine une faiblesse absolue et relative des fibres de la portion du cœur dilatée : alors cette partie ayant perdu sa force de résistance, se laisse allonger et distendre graduellement sous l'effort du sang poussé contre elle par les contractions des parois du ventricule. Baillie reconnaît qu'il faut admettre une altération locale du ventricule; il veut que ce soit une faiblesse plus grande des fibres, je l'accorde; mais quelle est la cause de cette faiblesse locale? il ne le dit pas.

Corvisart (*loc. cit.*) sentit aussi la nécessité d'invoquer une cause agissant localement pour expliquer la formation de la tumeur qu'il eut occasion d'observer. Aussi l'entend on se demander : « Serait-ce à une rupture incomplète des parois musculeuses intérieures » du cœur qu'on pourrait l'attribuer? Dans cette » supposition, une couche interne de la substance » musculaire du cœur se serait-elle déchirée par une » cause quelconque? les couches externes demeurées » intactes, auraient-elles éprouvé une dilatation et » formé une tumeur anévrysmale? » Cet auteur célèbre ne se prononce positivement sur aucune de ces questions.

Plus tard, Kreysig, Laennec (*ouv. cit.*), adoptèrent cette opinion, mais avec une espèce d'incertitude. Il leur sembla que l'on pouvait considérer l'anévrysme partiel du cœur comme dépendant d'une ulcération de la membrane interne et des fibres les plus intérieures des parois du ventricule. C'est aussi le sentiment de Zannini (*loc. cit.*).

En admettant l'opinion de ces auteurs comme démontrée, il est facile alors d'expliquer la dilatation partielle. En effet, l'effort du sang par suite de la contraction du ventricule en agissant directement sur ce point affaibli, tend à le pousser de dedans en dehors, et partant à opérer une dilatation avec amincissement. Mais ainsi que le fait observer M. Bouillaud (1), « semblable en cela aux membranes séreuses avec les-

---

(1) Dict. de médec. et de chirur. prat., tome IV, p. 708, art. CARDITE.

» quelles elle a tant d'autres analogies, la membrane » interne du cœur ne s'ulcère que très-rarement. » Et d'ailleurs, les faits s'opposent évidemment à ce que cette théorie soit admise : ainsi dans les observations de MM. Harrison, Reynaud, dans celle que j'ai citée et dans d'autres encore, non-seulement les fibres musculeuses, mais encore la membrane interne elle-même étaient intactes. Et, pour les cas où leur rupture existait, j'essaierai plus loin de rendre compte de la manière dont elle s'est opérée. On ne peut donc pas admettre que, dans tous les cas au moins, le développement de la tumeur soit précédé d'une ulcération.

M. Breschet (*mém. cit.*) pense que la dilatation succède à une rupture de la membrane interne et des fibres musculaires du cœur, mais il n'admet pas que cette rupture soit une ulcération. Il demande, à ce sujet, pourquoi l'ulcération se ferait plutôt dans un point que dans un autre, et comment on pourrait se rendre compte par elle du siége presque constant des dilatations sur la pointe du cœur? Ne croyant pas qu'il y ait de réponse possible à ces deux questions, ce savant anatomiste en conclut que la supposition d'une ulcération préalable ne peut pas être admise. Alors pour expliquer cette fréquence plus grande des dilatations partielles à la pointe du cœur, et en même temps pour donner une théorie de leur formation, M. Breschet part de cette vue anatomique, savoir : que les parois du ventricule gauche sont incomparablement plus minces au sommet que partout ailleurs. Il trouve dans cette disposition la cause véritable de la dilatation partielle, d'autant mieux qu'il admet, en outre, que l'hypertrophie du reste du ventricule accompagne toujours cette altération, et même est nécessaire à sa formation. Il s'appuie encore sur ce fait, que les ruptures du cœur ont, dit-il, plus souvent lieu à la pointe que dans toute autre partie du ventricule gauche. Voici ses propres paroles : « Quoique ces » ruptures aient été observées dans différens points du » cœur, cependant c'est principalement sur le ventri- » cule gauche, et *le plus souvent au sommet de ce* » *ventricule,* que les praticiens disent les avoir ren- » contrées. » Or, comme il le dit ailleurs, la plus grande analogie existe entre la dilatation partielle et la rupture du cœur; la théorie qui expliquera les unes pourra servir à expliquer l'autre.

Ainsi donc, partant de ces différens points, savoir : 1° que la dilatation partielle du cœur doit être assimilée à sa rupture, 2° que ces deux lésions sont beaucoup plus fréquentes au sommet du cœur qu'ailleurs, 3° que l'hypertrophie du ventricule existe toujours dans ce cas, 4° que dans cette hypertrophie le sommet conserve à peu près son épaisseur naturelle et par conséquent est relativement beaucoup plus mince que le reste des parois, M. Breschet établit ainsi la théorie.

Il pense que le sang étant continuellement poussé par les contractions de la partie la plus forte du ventricule contre la partie la plus faible, son sommet, il en résulte tôt ou tard un éraillement, même une déchirure des fibres les plus intérieures et cela sans qu'il soit besoin d'admettre une altération préalable de ces fibres. Par suite de cet éraillement, s'il est peu considérable, et que le sommet du ventricule présente encore assez de résistance à l'effort du sang, il surviendra une dilatation en ce point, dilatation qui augmentera graduellement, sous l'influence sans cesse répétée de la même cause. Si, au contraire, la déchirure est plus considérable, si, en un mot, elle s'étend à toute l'épaisseur de la paroi, il en résultera une rupture avec perforation. On voit donc, et je crois avoir analysé sa théorie avec conscience et vérité, que M. Breschet reconnaît, comme je l'ai avancé, une similitude complète entre les dilatations partielles et les ruptures du cœur; ces deux altérations à leur point de départ n'étant que deux degrés d'une même lésion, survenue à la suite d'une même cause.

La théorie que je viens d'exposer est certainement séduisante, elle explique bien les choses ; mais supposant qu'elle soit admise, pour la dilatation de la pointe du ventricule gauche, comment expliquera-t-on par elle celle des autres points de ce ventricule? cela sera impossible. Elle n'est donc pas applicable à tous les cas. Bien plus, peut-on l'admettre pour ceux dans l'application desquels son auteur l'a circonscrite? est-elle en rapport avec les faits cités dans cette observation? Malgré le respect que je professe pour la haute supériorité scientifique de l'homme qui l'a proposée, je dois répondre que non. Essayons d'en donner quelques preuves.

D'abord, je dirai avec Dance (1) que si la dilatation partielle du ventricule gauche du cœur résulte de son hypertrophie, cette altération devra se montrer assez fréquemment, attendu que cette hypertrophie est une maladie fort commune : or, le petit nombre de faits que l'on connaît, répond par la négative (2). En outre, dans cette hypothèse, la dilatation partielle devra surtout se montrer quand l'hypertrophie sera considérable, et plutôt dans les cas d'hypertrophie concentrique que dans ceux d'hypertrophie excentrique; ou tout au moins, elle ne devra jamais exister sans qu'il y ait en même temps un épaississement assez notable du reste des parois ventriculaires. Eh bien! parmi les faits cités de dilatation partielle du ventricule gauche, il n'en existe pas un seul où il soit parlé d'une hypertrophie concentrique concomitante, à moins que l'on ne prenne pour une altération de ce genre, l'induration générale dont parle Zannini (*loc. cit.*). Quatre fois seulement on a trouvé une hypertrophie excentrique (observ. de MM. Bérard jeune, Cruveilhier, Reynaud, la mienne), et encore n'était-elle bien marquée que dans le premier de ces faits. Dans les onze autres observations, le ventricule n'était pas hypertrophié : dans deux même (obs. de Baillie, Dance) ses parois étaient plus minces que de coutume.

(1) Mémoire de M. Breschet, p. 23, citation.

(2) M. Breschet a répondu à cette objection dans son mémoire, mais je crois qu'il m'est permis de n'être pas satisfait de sa réponse.



M. Breschet s'appuie sur une autre assertion qui est bien plus encore susceptible de contestation : il suppose que les ruptures sont plus fréquentes au sommet qu'en aucun autre point des parois du ventricule. Ici M. Breschet est en opposition flagrante avec l'opinion généralement reçue aujourd'hui. Ainsi, M. le professeur Andral (1), pour ne citer que lui, s'exprime en ces termes : « La théorie conduirait à admettre que c'est dans les » points du cœur où les parois sont les plus minces que » cet organe doit le plus souvent se déchirer ; par conséquent on serait porté à penser que c'est vers sa pointe » que les perforations doivent être les plus communes, » et cependant c'est le contraire qui a été observé. La » partie moyenne des parois du ventricule gauche est, » de toutes les parties du cœur, celle où ont lieu le » plus souvent les perforations. » Mais une autorité plus importante encore que celle du savant professeur, est l'autorité des faits. M. Ollivier (2) a réuni quarante-neuf observations bien authentiques de rupture spontanée du cœur, et il s'est rencontré que neuf fois seulement la déchirure occupait la pointe de cet organe, tandis que dans la plupart des autres cas elle avait son siége sur les faces des ventricules, surtout du ventricule gauche, plus ou moins près de la base. L'assertion de M. Breschet n'est donc pas conforme à ce que nous a appris l'observation.

Quant à la similitude établie entre la lésion qui produit les ruptures du cœur, et celle qui donne lieu à la dilatation partielle, il me suffit d'avoir prouvé que leur siége est le plus souvent différent, pour que cette similitude ne puisse servir à établir une théorie. D'ailleurs, il me serait facile, d'après les différens auteurs qui ont traité ce sujet, de prouver que les ruptures du cœur, même celles de la pointe du ventricule gauche, reconnaissent souvent pour cause une altération préalable du tissu musculaire de cet organe ; ce qui, comme on se le rappelle, ne doit pas exister dans la théorie de M. Breschet : autre cause de différence, et par conséquent autre raison d'impossibilité d'appliquer à l'un des phénomènes l'explication qui convient à l'autre.

Il me semble que de ces considérations je puis conclure : 1° que l'hypertrophie du reste du ventricule n'accompagnant qu'une fois sur quatre sa dilatation partielle, on ne peut considérer cette seconde altération comme un effet de la première ; 2° que la fréquence plus grande des ruptures du cœur à la pointe du ventricule n'étant pas le résultat de l'observation exacte des faits, toute théorie établie sur cette base ne doit pas être considérée comme solidement assise ; 3° que par conséquent, on ne peut pas envisager la dilatation partielle du cœur comme consécutive à une déchirure, sans altération préalable des fibres les plus intérieures du point dilaté ; car on n'a pas démontré l'existence d'une force capable de produire cette déchirure. D'ailleurs, M. Breschet relativement à sa théorie s'exprime ainsi dans son mémoire : « Jusqu'à ce qu'on nous montre des dilata- » tions partielles du ventricule gauche du cœur, sans » rupture aucune, nous regarderons notre explication » comme la plus plausible. » Ces faits peuvent être montrés aujourd'hui (observ. de MM. Harrison, Reynaud, la mienne) : l'explication tombe donc de l'aveu même de son auteur.

Je me suis attaché un peu trop longuement peut-être à combattre ce qui m'a paru digne de reproche dans le mémoire de M. Breschet. Mais c'était un devoir pour moi d'agir ainsi, car les erreurs se propagent d'autant plus facilement et sont par conséquent d'autant plus funestes, que ceux dont elles émanent inspirent une plus grande confiance par leur mérite et leur réputation.

J'examinerai plus loin s'il est permis de considérer la dilatation partielle du ventricule gauche du cœur comme identique avec les anévrysmes faux consécutifs des artères, ainsi que l'entend Scarpa, c'est-à-dire avec les tumeurs formées sur le trajet des artères par la distension de la tunique celluleuse de ces vaisseaux, et communiquant avec leur cavité au moyen d'une perforation de leurs membranes interne et moyenne, succédant à une altération préalable de ces membranes. D'ailleurs, d'après ce qui précède il est facile de prévoir ce que je penserai sur cette question. Poursuivons l'examen des diverses opinions émises sur la formation de la maladie qui nous occupe.

M. le docteur Reynaud (*loc. cit.*) accompagne l'observation qu'il publie, de quelques réflexions dans lesquelles il combat les opinions proposées précédemment, sur la formation de la maladie. Selon lui, le point de départ de la dilatation n'est ni une ulcération, ni une déchirure, mais une altération primitive de la membrane interne du ventricule, absolument semblable à celle qui affecte la membrane interne des veines enflammées, leur fait perdre leur élasticité et les expose à être dilatées par l'effort du sang, sans pouvoir revenir sur elles-mêmes. Selon lui encore, cette altération est de nature inflammatoire ; mais il n'admet pas que les fibres musculaires doivent être affectées en même temps. Il me semble que l'on ne peut admettre cette seconde partie de l'opinion de M. Reynaud. En effet, d'après son raisonnement, la membrane interne serait la partie la plus résistante des parois d'un ventricule. On devrait même dire que c'est la seule partie résistante ; car, et c'est là le fond de la théorie, il suffit que cette membrane soit altérée, qu'elle perde de son élasticité et de sa résistance, pour que de suite le reste de la paroi ventriculaire dans toute son épaisseur cède à l'effort du sang, bien qu'elle soit saine et sans aucune altération. Je ne crois pas exagérer en tirant cette conclusion de l'opinion émise par M. Reynaud. En effet, voici ses propres paroles : « Comme les fibres charnues n'ont point » participé à la dilatation, qu'elles ont été seulement » *refoulées* comme le sont les parties voisines des tu- » meurs anévrysmales situées sur le trajet des artères, » cet état (la dilatation) paraît dépendre uniquement » de la membrane interne du cœur. »

(1) Anatomie pathologique, tome II, page 303, année 1829.

(2) Dict. de méd., 2ᵉ édit., t. VIII, p. 343, art. RUPTURES DU COEUR.

Faut-il admettre que le tissu musculaire du cœur joue, par rapport à sa membrane interne, un rôle complétement passif? Faut-il, par exemple, le comparer, dans les dilatations de cette membrane, au muscle couturier dans celles de l'artère crurale? Je ne le pense pas; je suis même étonné qu'on ait pu chercher à établir des analogies entre deux actions si différentes. Bien au contraire, il me semble que le tissu musculaire du ventricule doit participer à la dilatation, et que pour cela il est nécessaire qu'il soit altéré préalablement en même temps que la membrane interne. J'essaierai de démontrer plus tard cette proposition en exposant l'opinion que je me suis formée.

Dance, dans une remarque citée par M. Breschet dans son mémoire, pense « qui doit y avoir une sorte de ra-» mollissement partiel qu'il prédispose à la dilatation lo-» cale; » mais il ne dit pas quelle peut être la cause de ce ramollissement. J'admettrai complétement cette opinion de Dance : oui, pour qu'il y ait dilatation partielle du ventricule gauche du cœur, il faut nécessairement supposer un ramollissement préalable de ses fibres charnues dans le point dilaté. Mais quelle sera la cause prochaine de ce ramollissement?

Si l'on examine attentivement les descriptions citées plus haut de la maladie qui nous occupe, on voit que dans tous les cas où la membrane interne du cœur a été l'objet de l'attention de l'observateur, cette membrane a offert de notables altérations. En effet, dans plusieurs cas, la cavité anévrysmale était tapissée par une membrane blanche et opaque qui sans doute n'était autre chose que la membrane interne altérée et épaissie; on ne le dit pas, mais l'analogie me porte à le penser. Ces altérations de la membrane interne du ventricule ont surtout fixé l'attention de M. Reynaud; dans son observation, on voit que cette membrane était épaisse, d'un blanc laiteux dans presque toute son étendue, et spécialement dans le point où se trouvait l'ouverture de communication du sac anévrysmal. Peut-on s'empêcher, dans ces altérations de la membrane interne du ventricule, de reconnaître les traces évidentes d'une ancienne inflammation? Je ne le pense pas. D'après ces faits, il me semble donc que l'on peut légitimement admettre que dans ces cas de dilatation locale il a existé une inflammation de la membrane interne du ventricule, une endocardite.

En outre, dans dix cas l'adhérence existait entre le feuillet viscéral du péricarde et son feuillet pariétal, et dans l'observation de Galenti, où cette adhérence n'avait pas lieu, une énorme quantité de sérosité distendait sa cavité; dans les autres cas on ne dit pas s'il y avait ou non adhérence. Il existait donc encore, dans la majorité des cas, une péricardite concomitante. Dirai-je, avec M. le professeur Bérard aîné (thèse citée), que cette péricardite était consécutive au développement de la tumeur? Cela pourrait être, mais rien ne le démontre, et même il est assez difficile d'expliquer comment une tumeur se développant graduellement, et partant habituant peu à peu à sa présence le feuillet du péricarde qui la recouvre, a pu déterminer dans ce feuillet une inflammation capable de produire des altérations semblables à celles que M. Bérard lui-même a décrites dans le premier des faits qu'il a cités. Jusqu'à un certain point on peut donc considérer la péricardite comme antérieure au développement de la tumeur.

Suivant les auteurs qui ont écrit sur l'inflammation de la membrane interne du cœur, cette maladie n'existe pas le plus souvent sans que les fibres musculaires immédiatement accolées à cette membrane ne participent elles-mêmes à la phlegmasie; et dans certains cas de péricardite le tissu charnu du cœur et la membrane interne offrent des traces évidentes de la même altération : c'est surtout l'opinion émise par M. le professeur Bouillaud (1). On pourra donc considérer en quelque sorte les altérations anatomiques qui indiquent l'endocardite et la péricardite, comme prouvant implicitement la cardite. Et d'ailleurs, n'a-t-on pas observé que le tissu musculaire du cœur pouvait être seul et primitivement le siége de l'inflammation? Alors ce ramollissement exigé par Dance pour expliquer la formation de la dilatation, se conçoit sans peine comme un résultat nécessaire de ce travail phlegmasique.

Mais jusqu'à quel point peut-on admettre l'inflammation comme cause de ce ramollissement? Laennec (ouv. cit.) ne voit dans le ramollissement du cœur « qu'une » de ces nombreuses modifications morbides du mouve-» ment nutritif général dont le mécanisme nous est en-» core caché. » Mais d'autres pathologistes ont soutenu que le *molimen inflammatoire* présidait, dans la majorité des cas, à la perte de consistance du tissu du cœur. Keysig (ouv. cit.) a soutenu cette opinion; mais elle est surtout défendue par MM. Bouillaud et Hope; et M. le professeur Chomel (2) pense que « les faits militent en » sa faveur, surtout dans le plus grand nombre des *ra-» mollissemens partiels*. » Or, justement c'est d'un ramollissement partiel que j'aurai besoin d'établir l'existence dans la théorie que j'ai adoptée.

(*La suite au prochain numéro.*)

Observations d'anévrysme partiel du cœur; par M. Prus, Médecin de la Salpêtrière.

(Imprimé par décision de la Société de médecine.)

M. Prus met sous les yeux de la Société deux cœurs dont l'un est remarquable par l'existence de quatre valvules à l'origine de l'artère pulmonaire, variété anatomique assez rare. La jeune fille qui a offert cette anomalie est morte à la suite d'imprudences de régime

(1) Dict. de méd. et de chir. prat., t. IV et XII, art. CARDITE ET PÉRICARDITE.

(2) Dict. de méd., 2e édit., t. VIII, p. 281, art. RAMOLLISSEMENT DU COEUR.



commises dans la convalescence d'une fièvre typhoïde. Pendant tout le cours de la maladie et de la convalescence, elle a offert un bruit de soufflet bien caractérisé et coïncidant constamment avec le second bruit du cœur. Ce symptôme était-il dû à l'existence des quatre valvules signalées? On peut d'autant mieux le croire que ces valvules, étant fort petites, ne pouvaient s'écarter assez des parois du vaisseau pour produire une occlusion complète après la contraction des ventricules.

Le second cœur a appartenu à la femme Piquot, âgée de 58 ans, d'une constitution assez grêle, laquelle est entrée le 31 janvier 1836 à l'infirmerie de la Salpêtrière, pour une pleuro-pneumonie du côté gauche ; cette maladie fut traitée par des saignées générales et locales et par un vésicatoire volant. Les principaux symptômes disparurent ou du moins diminuèrent sensiblement sous l'influence de ce traitement; cependant, au moment où la malade paraissait devoir entrer en convalescence, la pommette gauche présenta une rougeur vive, la douleur de côté revint, accompagnée de matité dans la moitié inférieure du thorax et d'un mouvement fébrile assez prononcé. Le cœur, qui n'avait jamais offert d'autres symptômes qu'une légère impulsion, continua à ne faire entendre aucun bruit anormal.

Deux saignées peu abondantes, mais faites à deux jours d'intervalle, empêchèrent la pleurésie de persister et de passer à l'état chronique. Toutefois, la matité du côté malade continua et, dans les derniers jours de la vie, les membres et la figure furent infiltrés, la respiration était, dans certains momens, très-difficile quoique peu fréquente ; de temps en temps aussi la malade se plaignit de palpitations qui n'eurent jamais une longue durée. Enfin, elle succomba le 5 mars 1836.

Voici ce que l'examen du thorax a présenté de plus remarquable :

Les deux *plèvres* n'offrent aucune trace d'inflammation, il n'existe ni fausses membranes, ni flocons albumineux ; la cavité gauche contient environ une pinte d'un liquide séreux, mais parfaitement limpide. La cavité droite en renferme aussi quelques onces.

Les *poumons* sont sains et pénétrés d'air dans tous leurs points.

Péricarde : le feuillet pariétal adhère au feuillet viscéral, au niveau de la pointe du cœur. Dans cet endroit, existent des pseudo-membranes parcourues par des vaisseaux, complets dans quelques points, et dans quelques autres se présentant sous forme de stries rougeâtres qui semblent naître des vaisseaux sous-séreux.

Le *cœur* au lieu de finir en pointe, se termine inférieurement par une saillie présentant à peu près le volume d'une pomme d'api ; son diamètre vertical, mesuré de l'origine de l'aorte à la pointe du cœur, est de quatre pouces. Le diamètre de la base du cœur a également quatre pouces ; le poids total de l'organe, débarrassé des caillots que le lavage a pu enlever, est de neuf onces.

La face antérieure du cœur offre, à l'endroit correspondant à la tumeur, un pointillé rouge, irrégulier, dû à de petits caillots sanguins existant sur la séreuse viscérale. On constate également que l'adhérence existant entre les deux lames du péricarde était établie à l'aide de fausses membranes dont il est facile de retrouver les débris.

On incise la crosse de l'aorte et le ventricule gauche. La membrane interne de l'artère présente une rougeur assez vive, sur laquelle ressortent quelques petites plaques cartilagineuses et osseuses. Une des valvules sigmoïdes offre une concrétion osseuse près de son bord adhérent.

Les parois du ventricule gauche ont à la base une épaisseur de sept lignes, tandis que dans la partie qui qui forme la tumeur elles ont à peine une ligne d'épaisseur. Cependant, on peut s'assurer que la couche musculaire n'est interrompue dans aucun point. Il en est de même de la membrane interne qui est amincie et dépolie, mais qui n'offre aucune solution de continuité.

La cavité de la tumeur est remplie en totalité par une masse de fibrine composée de couches concentriques, dont les plus superficielles sont très-denses est très-brunes, tandis que les plus profondes sont demi-liquides et noirâtres. Ce produit de caillots déposés successivement et depuis un temps assez long, est séparé de la membrane interne par une fausse membrane ayant toutes les apparences d'une séreuse. D'un côté, elle coiffe les caillots qu'elle enveloppe : et de l'autre, elle est unie à la membrane interne dont on la sépare toutefois assez facilement.

Le ventricule droit semble un appendice du ventricule gauche, il paraît très-petit comparativement à ce dernier. A sa base, les parois ont une épaisseur de trois à quatre lignes, tandis qu'à son sommet elles n'ont qu'un tiers à un quart de ligne. Là, le ventricule est doublé, en quelque sorte, par une couche épaisse de tissu adipeux.

Les oreillettes n'offrent rien à noter.

Ce fait, messieurs, ajoute M. Prus, doit être placé à la suite de celui que je vous ai rapporté en détail dans le mémoire que j'ai eu l'honneur de lire l'année dernière à la Société et qui contenait tous les exemples qui m'étaient alors connus d'anévrysme partiel du cœur (1).

Le cas offert par le cœur de la femme Piquot est, si je ne me trompe, le dix-neuvième de ce genre. Il faut en ajouter un vingtième, recueilli par M. le docteur Chassinat et publié dans sa dissertation inaugurale, intitulée : *De la dilatation partielle du ventricule gauche du cœur.* (Paris 1835.)

Il s'agit d'un vieillard de 65 ans, bourrelier, sujet à des congestions cérébrales et qui périt des suites d'une hémorrhagie cérébrale, sans s'être jamais plaint d'aucune sensation pénible dans la région précordiale. A l'ouverture du cadavre, on a trouvé, entre autres lésions, une dilatation considérable (égalant le volume d'un œuf de poule) de la pointe du ventricule gauche. La membrane musculaire amincie et la membrane in-

(1) Voir la *Revue médicale*, 1835.



terne épaissie et devenue opaque, ne laissaient voir aucune interruption. La cavité était remplie par des couches fibrineuses, absolument semblables à celles des anévrysmes des artères.

La science doit à M. le docteur Lombard, médecin de l'hôpital civil et militaire de Genève, deux faits non moins intéressans (1).

Un vernisseur, âgé de 48 ans, ayant beaucoup d'embonpoint et le teint assez coloré, mourut presque subitement, après avoir présenté d'abord de l'oppression et une toux sèche qui diminuèrent notablement sous l'influence d'une saignée, et plus tard de la sérosité accumulée dans les extrémités inférieures, dans le péritoine, dans les plèvres et dans le péricarde.

Voici ce que la poitrine présenta de plus remarquable à l'ouverture du cadavre : je laisse parler M. Lombard.

« Le cœur est très-volumineux; les artères et les » veines coronaires sont très-développées sans être » flexueuses; leur calibre et surtout celui des artères » est très-considérable : il paraît en quelques points » triple de ce qu'il est dans l'état normal. L'augmen- » tation de volume du cœur est due surtout au ventri- » cule gauche, dont la cavité, ainsi que les parois ont » pris un développement considérable. La valvule mi- » trale est opaque et contient quelques granulations » cartilagineuses. L'origine de l'aorte présente diver- » ses lésions remarquables. Les valvules sigmoïdes sont » toutes les trois épaissies, dures et presqu'immobiles » par la transformation de leur membrane en tissu os- » seux et cartilagineux; leur bord libre est inégal et » tout à fait irrégulier. Aux points de jonction des trois » valvules, on remarque des granulations rougeâtres » et une surface inégale, formée par des aspérités os- » seuses, entremêlées de petits caillots fibrineux; l'une » de ces surfaces présente un orifice central qui com- » munique avec une *poche anévrysmale* logée dans l'an- » neau fibreux qui entoure la base du cœur. Cette po- » che est située entre l'aorte et l'artère pulmonaire; » elle contient des couches de caillots fibrineux, qui » s'enlèvent facilement, et laissent voir au dessous » une membrane rougeâtre qui tapisse une cavité an- » fractueuse de douze à quinze lignes de longueur sur » dix à douze de largeur. Les anfractuosités de la po- » che anévrysmale sont logées entre les oreillettes et » l'orifice des gros vaisseaux. Le ventricule droit est » sain, de volume et d'épaisseur normale; les valvules » sigmoïdes sont saines, souples et transparentes; l'ar- » tère pulmonaire ne présente aucune lésion. »

Il s'agit, dans la seconde observation de M. Lombard, d'un cultivateur âgé de 42 ans, qui entra à l'hôpital de Genève pour une pleuro-pneumonie droite qui avait résisté à une application de sangsues et à un vésicatoire. L'administration de l'oxide blanc d'antimoine, à la dose de 24 grains en vingt-quatre heures, procura en quatre jours une amélioration si notable, que le malade fut considéré comme en pleine convalescence. Cependant, il s'était développé depuis deux jours sur la tête une énorme quantité de poux qui pullulaient avec une rapidité incroyable. On fit lever le malade pour lui couper les cheveux et le débarrasser de la vermine, mais deux heures après ctte opération, qui fut faite dans une chambre froide, le malade, qui s'était recouché, fut pris d'un délire violent qui, malgré une saignée faite immédiatement, fut suivi de la mort douze heures après.

Le cerveau et ses membranes, plutôt pâles que rouges, ne présentèrent aucune lésion qui pût servir à rendre raison d'une mort aussi prompte.

La plèvre droite était partout adhérente. Le tissu pulmonaire, gorgé d'un sang écumeux, était friable, surtout à la base, mais il était perméable à l'air dans tous ses points; mais dans l'eau, il surnageait.

Quant à l'état du péricarde et du cœur, voici ce que dit M. Lombard : « Un peu de sérosité dans le péri- » carde; le volume du cœur est deux fois celui du » poing du sujet; il est chargé de graisse et présente » à sa surface des plaques blanches, ovoïdes, disposées » régulièrement sur le feuillet adhérent du péricarde » qu'elles soulèvent légèrement. Cavités droites sans al- » tération; volume, épaisseur et orifice parfaitement » normaux. Il n'en est pas de même des cavités gau- » ches, qui présentent diverses lésions très-remarqua- » bles.

» L'origine de l'aorte paraît dilatée dans tous les » sens, et son tissu est en partie cartilagineux. Les » valvules sigmoïdes sont toutes trois malades; l'une » d'elles est simplement hypertrophiée, opaque, et » comme mamelonnée, molle et sans ossification; la » seconde est rompue à l'une de ses attaches, et flotte » librement dans la cavité du ventricule; son épaisseur » est considérable, son bord irrégulier et mamelonné. » La troisième valvule est surmontée d'une végétation » oblongue de sept à huit lignes de diamètre, de con- » sistance molle, de couleur livide, à surface et à bord » mamelonnés, formée par de petits corps arrondis; » l'un d'eux, incisé, représente assez exactement une » graine de raisin contenant de petits grains noirâtres. » Entre les deux valvules existe un enfoncement cir- » culaire à bords taillés à pic, et qui contient une cou- » che de caillots fibrineux; tout autour de cette po- » che anévrysmale, les parois du ventricule sont re- » couvertes de végétations et d'ulcérations; l'une de » ces dernières a perforé la paroi ventriculaire et éta- » bli une communication anormale entre l'oreillette et » le ventricule gauches.

» Rien à noter dans l'abdomen, si ce n'est le gon- » flement et le ramollissement de la rate. »

Le moment n'est pas opportun, continue M. Prus, pour déduire de ces quatre nouveaux cas d'anévrysme partiel du cœur, les conséquences que, comparés aux faits déjà connus, ils peuvent fournir pour déterminer la nature et le traitement de cette maladie, moins rare que ne l'avaient pensé les premiers médecins qui l'ont observée; de nouvelles observations sont encore néces-

(1) Clinique médicale de l'hôpital civil et militaire de Genève.

saires. Il se borne donc à exprimer ses regrets de ce que M. Lombard ne dit pas si le malade qui a présenté ces végétations et ces ulcérations des valvules et de divers points du cœur, avait ou n'avait pas eu de maladies vénériennes. Corvisart possédait six cas tendant directement à prouver que des végétations et des ulcérations vénériennes peuvent exister sur *toutes* les valvules du cœur. M. Prus a trouvé, sur les valvules aortiques et dans l'aorte d'un vieillard qui a succombé avec une exostose d'une clavicule et d'autres traces non équivoques de syphilis, des végétations qu'il n'a pas hésité à regarder comme vénériennes. Corvisart fait remarquer avec raison que ce fait pathologique a d'autant plus d'importance, que si on s'était assuré, pendant la vie, et de l'existence d'une végétation ou d'une ulcération des valvules, et d'une maladie vénérienne antérieure, on aurait pu, avec quelque chance de succès, employer un traitement anti-syphilitique. M. Prus aurait désiré aussi que M. Lombard, qui a d'ailleurs si bien décrit les altérations pathologiques par lui signalées, ait fait connaître d'une manière précise et complète l'état de la membrane interne du cœur, soit dans la cavité anévrysmale, soit au pourtour de son orifice. Cette omission est d'autant plus fâcheuse, que si quelquefois, comme dans le cœur de Talma, il y a eu solution de continuité de la membrane interne, il est arrivé plus souvent que l'épaississement de cette membrane, sa couleur d'un blanc mat, sa continuité sans interruption dans le sac anévrysmal, permettent de penser que l'origine de la maladie pouvait être rapportée à une inflammation qui, agissant tout à la fois et sur la membrane interne et sur la substance musculaire sous-jacente, enlevait à l'une son élasticité, à l'autre sa consistance et sa faculté contractile, et déterminait ainsi, aidé par la force expansive de la colonne sanguine, un anévrysme partiel d'un des ventricules du cœur, et presque toujours du ventricule gauche. Il peut être fort utile de s'assurer de cette étiologie qui s'applique aussi bien à la dilatation générale d'une de ces cavités du cœur qu'à la dilatation partielle du ventricule gauche ; puisque, si elle était bien démontrée, on pourrait, en surveillant attentivement l'apparition des premiers signes de l'endocardite, complication qui n'est pas rare dans les péricardites, les pneumonies, les pleurésies et les rhumatismes articulaires aigus, combattre, dès son début et par des moyens suffisamment énergiques, une phlegmasie qui peut entraîner de si graves conséquences.

ARCHIVES GÉNÉRALES

DE

MÉDECINE.

SEPTEMBRE. 1836.

Mémoire d'anatomie physiologique et pathologique sur le système veineux considéré chez l'adulte et chez le fœtus ; par M. Edouard Lacroix, aide-d'anatomie de la Faculté de médecine de Paris, membre honoraire de la Société anatomique, ex-interne des hôpitaux.

Anatomie. — Les anatomistes modernes qui ont écrit sur le système veineux ont été si complets, qu'il reste peu de choses à ajouter à leurs travaux. Ils ont démontré les premiers que les veines, comme les artères, étaient constantes dans leurs distributions, et par suite susceptibles d'entrer dans le cadre de la description générale de leur état normal. Les variétés sans nombre que l'on avait cru jusqu'alors rencontrer avaient fait considérer toute tentative de les décrire comme un effort inutile. Ces obstacles expliquent la lenteur que l'on mit à faire une semblable découverte. Le système veineux suit donc dans ses divisions un type constant comme le système artériel. Ce fait une fois établi, on aurait dû fixer l'attention sur l'analogie de structure qui existe entre ces deux ordres de vaisseaux du système circulatoire ; car les veines, comme les artères, ont partout trois tuniques, bien que dans certains ordres de vaisseaux du système à sang noir, tels que les veines de l'utérus, de la dure-mère, les anatomistes n'aient décrit qu'une seule tunique. Mais cela provient de ce qu'ils n'ont pas tenu compte d'une loi générale de l'organisme en vertu de laquelle on voit l'une des tuniques de la veine passer par toutes les transformations du tissu musculaire, qui peut s'hypertrophier, se changer en tissu fibreux, et même en tissu osseux.

Ainsi l'on voit la tunique musculeuse s'hypertrophier toutes les fois que la veine fait tellement corps avec l'organe, qu'elle le suit dans toutes ses variations en volume, périodiques ou accidentelles, comme dans l'utérus.

D'autres fois, la tunique subit une véritable transformation de la musculeuse en fibreuse, et cela dans toutes les membranes fibreuses avec lesquelles les veines font corps. Cette disposition, observée par les anatomistes dans la dure-mère, n'est donc pas une exception, puisque l'on rencontre cette même structure des veines dans le périoste, les ligamens, et en général dans tout le tissu fibreux.

Cette dernière transformation de la musculeuse en fibreuse une fois admise, tout le monde sait que les ligamens de l'os hyoïde, la faux de la dure-mère par suite d'une variété anatomique chez l'homme, les fibro-cartilages inter-vertébraux avec l'âge, et les ligamens des articulations par suite d'une disposition maladive, sont susceptibles de se transformer en une matière osseuse. Pourquoi les veines qui ont appartenu au périoste avant de pénétrer dans l'intérieur de l'os, ne seraient-elles pas susceptibles de voir leur membrane musculeuse devenue fibreuse, soumise aux mêmes dégénérescences du tissu fibreux? alors elles n'auraient plus qu'une seule tunique, la séreuse, adhérente aux os, comme on le voit dans les sinus du diploé, dans le corps des vertèbres et dans le tissu spongieux.

C'est donc par suite de cette loi générale de désorganisation, que l'on trouve toutes les parties du système circulatoire, toujours composées de trois tuniques. Seulement, dans le système artériel, ces trois tuniques sont partout dans les mêmes rapports de densité, ce qui fait que tout le système est doué de la plus grande uniformité. Mais dans le système veineux, les trois tuniques sont en général plus minces que celles des artères, à quelques exceptions près, circonstances dans lesquelles alors elles acquièrent une densité plus grande ; ce qui peut porter à croire que ces veines sont destinées à supporter de la part du sang un effort latéral moindre que les artères, et que les modifications qu'elles éprouvent dans leurs parois, sans être relatives à la circulation générale, ont trait aux fonctions diverses qu'elles remplissent dans l'organisme, comme nous le démontrerons dans la suite de ce mémoire.

Le plus grand nombre des veines a donc trois tuniques membraneuses extrêmement minces, comme on le voit dans le tissu cellulaire, les membranes séreuses, muqueuses, le système musculaire et nerveux, dans les glandes. Dans toutes ces veines on ne rencontre pas de valvules, ce qui prouve que ces replis de la membrane interne ne sont pas indispensables pour concevoir la circulation veineuse.

La présence des valvules semble donc plutôt liée au degré de solidité qu'elles ajoutent aux parois de la veine, en sectionnant la colonne de liquide qui pèse sur ses parois ; et l'on peut poser en principe général qu'il

n'y a pas de valvules toutes les fois qu'une cause tend à diminuer ou à annuler la pression exercée par le liquide sur les parois des vaisseaux qu'il parcourt.

J'indiquerai enfin une dernière disposition relative à la structure des veines ; c'est que dans les endroits où une compression des veines par les organes, *et vice versâ*, une compression des organes par les veines, eût pu alternativement nuire aux fonctions du système circulatoire ou des organes, la nature y a pourvu par l'épaississement du tissu cellulaire, qui, devenu fibreux, constitue une gaîne inextensible fixée aux parties environnantes, comme aux membres, au col, au voisinage de la poitrine, et ainsi que nous l'avons vu aussi dans les glandes conglobées, comme on le voit, dans le rein où la capsule fibreuse extérieure accompagne les vaisseaux à l'intérieur.

Physiologie. — L'examen que nous venons de faire du système veineux comparativement au système artériel, donne donc à penser au physiologiste qu'une différence si marquée d'épaisseur dans les parois de ces deux ordres de vaisseaux, est basée sur des fonctions spéciales à remplir dans la circulation relativement au liquide que ces vaisseaux contiennent.

Etudions donc l'action spéciale du liquide sur les parois qu'il parcourt, et nous verrons que les conditions dans lesquelles il se trouve ne sont pas les mêmes dans les artères et dans les veines, et alors se dévoileront les causes de ces différences si notables dans l'épaisseur des parois.

Dans les artères, le tissu est très-résistant et se trouve en rapport avec un effort latéral considérable à supporter de la part du liquide, car le sang artériel est placé entre deux forces agissant dans un sens diamétralement opposé, l'une partant du cœur, l'autre des capillaires où le sang, malgré l'impulsion qu'il a reçue, éprouve de la difficulté à pénétrer dans le parenchyme des organes. La résultante de ces deux forces opposées prend donc sa direction sur les parois du vaisseau ; aussi l'on conçoit comment, sous l'influence des causes en apparence les moins énergiques, agissant sur les parois, survient promptement une désorganisation de l'artère, désorganisation dont les progrès sont hâtés par l'action toujours continue du sang sur cette paroi affaiblie.

De plus, la pression latérale va croissant par la disposition générale du système, car le liquide venant à passer d'un vaisseau large dans un autre plus étroit, la pression est augmentée, et l'anatomie pathologique donne la preuve d'un tel fait par la dilatation des collatérales après la ligature du tronc artériel principal d'un membre.

Deux causes cependant tendent à diminuer l'énergie de cette force ; l'une est la somme considérable de vaisseaux qui naissent de l'artère principale, dont les orifices réunis dépassent de beaucoup le diamètre de l'artère du membre ; l'autre est l'augmentation progressive d'épaisseur des parois des vaisseaux à mesure qu'ils deviennent plus petits. Ces deux circonstances réunies devraient, comme on le conçoit, être une cause de ralentissement de la circulation du sang artériel, si, d'après les lois générales d'hydraulique, le liquide ne prenait un mouvement accéléré en passant d'un vaisseau large dans un plus étroit.

De cette compensation résulte donc que la circulation est partout uniforme et n'est pas plus accélérée dans les vaisseaux les plus rapprochés du cœur que dans ceux qui en sont les plus éloignés, dans les plus larges comme dans les plus étroits, fait prouvé par les expériences de M. Poiseuille sur la force du ventricule aortique. Il en résulte donc que la pression latérale, partout la même, agit plus énergiquement sur les vaisseaux dont l'épaisseur est relativement moins considérable, ce qui dévoile pourquoi il est plus commun de rencontrer sur leur trajet des dilatations morbides, des anévrysmes.

Ce phénomène de la compression s'exerçant sur un vaisseau à parois élastiques, est aussi une circonstance favorable à la circulation dans les capillaires ; car les vaisseaux en s'éloignant du cœur deviennent eux-mêmes le principe moteur des liquides sur lesquels ils agissent, et c'est peut-être ainsi que l'on doit concevoir le mécanisme de la circulation dans les capillaires.

Si dans le système artériel l'organisation nous décèle l'énergie de la pression latérale, devenant un principe de mouvement, ce n'est pas sans surprise que l'on verra le système veineux, dans une structure semblable de ces petits vaisseaux, puiser le principe de son mouvement, bien qu'il s'exerce d'une manière inverse ; car les veines, par une disposition analogue à celle des artères, en se rapprochant du cœur, augmentent de calibre et diminuent relativement d'épaisseur, mais d'une manière bien plus prompte et bien plus tranchée : et cela se conçoit très-bien, car les veines ont à supporter un effort peu considérable de la part du sang, qui n'est animé que par la seule force de réaction des capillaires sur le sang chassé par le ventricule aortique, et encore perd-il de son énergie en passant d'un vaisseau plus étroit dans un plus large ; mais une compensation s'opère par le grand nombre des radicules veineuses qui versent dans des vaisseaux plus larges, il est vrai, mais moins nombreux. Aussi la circulation a-t-elle une tendance à devenir uniforme, quoique les expériences de Spallanzani semblent prouver le contraire ; mais cette différence est causée par le mode d'expérimentation que ce physiologiste suivit, car en opérant sur les veines du mésentère, il détruisit la pression abdominale, une des causes les plus énergiques de la circulation veineuse.

Une disposition inverse de celle du système artériel avait donc l'avantage de détruire la pression latérale ; mais l'application des lois inverses de l'hydraulique devait donner pour résultat un ralentissement considérable de la circulation ; car l'impulsion communiquée au sang par les capillaires devait finir par s'amortir insensiblement dans les vaisseaux d'un certain calibre, si alors n'était venu s'adjoindre une force qui eut à la fois la propriété d'agir énergiquement sur la circulation et de diminuer la pression du sang sur les parois, pression

qui va toujours croissant par l'inertie du liquide abandonné aux lois de la pesanteur. Cette double fonction est admirablement remplie par la respiration, qui exerce le rôle d'une pompe aspirante dont la force décroît d'intensité en raison directe des distances. Telle est donc la raison qui motive cette différence si remarquable dans la structure du système artériel et du système veineux, où dans l'un on voit dans les parois tout combiné pour résister à la pression latérale, et où tout indique dans l'autre le peu d'effort que les vaisseaux avaient à supporter de la part du sang ; car le mode de la circulation veineuse est tel, que le liquide ne se trouve plus placé entre deux forces luttant ensemble comme dans le système artériel, mais concourant au même résultat et agissant dans la même direction. Le liquide étant placé entre deux forces qui le sollicitent dans le même sens, on conçoit que la circulation pouvait très-bien se faire sans le secours des valvules, et nous allons voir en effet, par l'analyse que nous ferons du système veineux, qu'elles manquent dans beaucoup d'organes, et que, même à une certaine époque de la vie, il n'y en a pas plus dans le système veineux que dans le système artériel.

Si les veines sont à parois plus minces que les artères, elles sont aussi plus élastiques, plus extensibles, partant moins propres à résister à la pression latérale ; et cette force, bien qu'agissant en général avec peu d'énergie, peut cependant acquérir encore une certaine intensité, surtout quand vient s'ajouter la force de la pesanteur, ou bien l'action de l'expiration agissant d'une manière rétrograde sur le liquide animé par un certain degré d'impulsion communiqué par les capillaires.

Trois causes, comme on le voit, peuvent donc se réunir pour déterminer une pression, sinon énergique, au moins assez intense pour que les parois des veines présentent une résistance insuffisante ; mais la nature a paré aux inconvéniens qui eussent pu en résulter, par divers moyens.

La compression est un des auxiliaires des plus favorables et des plus fréquens dans l'organisme. Ainsi, dans les trois cavités splanchniques, les organes sont soumis à une compression telle qu'ils tendent à se déplacer aussitôt que la cavité qui les contient vient à s'affaiblir dans un point. Aussi, viennent-ils à être blessés, les liquides qu'ils contiennent ont encore plus de tendance à parcourir leurs voies naturelles qu'à s'épancher dans le ventre. L'on comprend alors que cette pression agisse assez efficacement sur les parois des veines pour détruire l'effort latéral du liquide qui presse sur elles ; et même la compression peut favoriser la circulation : car si elle vient à dépasser l'effort latéral exercé sur la paroi de la veine, elle pousse alors le sang qui, placé entre l'action d'une pompe foulante, les capillaires et le cœur, et une aspirante, la respiration, ne peut alors suivre que la direction dans laquelle ces deux forces sollicitent le liquide. Aussi n'était-il pas besoin de valvules dans les vaisseaux des cavités splanchniques, quelles que fussent les conditions dans lesquelles ils se fussent rencontrés. Et est-ce en vain que vous chercheriez des valvules dans les veines du mésentère, de la rate, des glandes de l'appareil de la digestion, comme le pancréas, le foie, et même dans l'appareil urinaire, dans les parois intérieures de la poitrine, dans le poumon, dans les veines coronaires, et enfin dans les veines encéphalo-rachidiennes. Toute la difficulté que l'on éprouve à pousser une injection dans ces veines provient uniquement de ce qu'après la mort le sang stagne dans leur intérieur.

La compression est une force qui supplée si favorablement au manque de résistance des veines et facilite tellement la circulation, qu'aussitôt qu'un organe est dans les conditions des viscères splanchniques, on ne rencontre plus de valvules, les veines fussent-elles les plus minces.

Ainsi, tous les organes compris dans une membrane fibreuse, inextensible, comme le testicule, l'œil, n'ont pas de valvules dans l'intérieur de leurs veines, parce que toutes les parties sont soumises à une compression égale. Rien n'est plus facile de démontrer ce fait par la similitude des accidens qui résultent de l'affaiblissement d'une partie de la cavité formée par la membrane fibreuse de l'œil, du testicule ; car, ainsi que dans les cavités splanchniques, le ramollissement de la cornée, de la membrane albuginée, donnent lieu à des hernies, et cette organisation analogue entraîne une disposition semblable dans le système veineux. Ces veines, quoiqu'extrêmement minces, sont dépourvues de valvules ; par suite de cela, elles sont très-faciles à injecter ; mais il est très-difficile de conserver dans leur intérieur l'injection, qui sort très-promptement par la compression à laquelle elles sont soumises. L'on peut donc entrevoir que les capsules fibreuses qui environnent les organes glandulaires ont probablement pour usage de favoriser la circulation veineuse.

Une compression modérée favorise la circulation veineuse, et la pathologie a mis ce moyen à profit pour la résolution de certains engorgemens, mais peut-être sans que l'on se rendît un compte exact de ses effets. M. Lombard, dans un traité *ex professo,* en a préconisé les avantages dans les engorgemens chroniques. M. Récamier a tiré un grand parti de ce traitement pour la résolution de certains engorgemens squirrheux. M. Velpeau a signalé dans les *Archives* les avantages que l'on pouvait tirer de la compression dans le phlegmon sous-cutané, et il a montré l'incertitude que présentait dans le résultat ce moyen appliqué à la cure de l'érysipèle. Cette différence dans le succès ne tient-elle pas à ce que la compression, trop immédiatement exercée dans ce dernier cas, dans l'érysipèle, obstrue les vaisseaux et met un obstacle à la circulation veineuse ; tandis que dans le phlegmon, les vaisseaux uniformément soutenus se trouvent dans les mêmes conditions que ceux qui sont dans les cavités splanchniques. Une des causes aussi, qui concourent à faire avorter l'inflammation, c'est que la compression qui favorise la circulation veineuse est un obstacle à la circulation artérielle.

Ces phénomènes montrent tous, d'une manière irrécusable, que la compression favorise la circulation vei-

neuse, et d'autres faits prouvent que ces vaisseaux habituellement comprimés sont aussi moins sujets à cette dilatation pathologique connue sous le nom de *varice*, et partant sont doués de l'organisation la plus avantageuse pour résister à l'effort du sang. Ainsi jamais l'on n'observe de varices dans les veines encéphaliques, thoraciques, abdominales, à moins que la dilatation ne porte sur des veines que l'on ne peut classer parmi celles appartenant en propre à cette cavité, comme celles du ligament rond, des testicules, qui sont placées dans les mêmes conditions pathologiques que les parties échappées accidentellement à la compression : aussi leurs veines peuvent-elles devenir variqueuses comme dans les hernies anciennes. Cet état détermine même un ralentissement de la circulation qui peut rendre compte de l'accroissement en volume de certains viscères contenus dans le sac herniaire, par analogie avec ce que l'on observe dans les animaux hibernans, chez lesquels le ralentissement de la circulation amène cet embonpoint qui précède leur léthargie.

La pathologie est riche aussi en faits tendant à démontrer quelle est la solidité donnée aux parois des vaisseaux par la compression. Ainsi, quand on retire un appareil de fracture, il est de règle de laisser encore quelque temps une légère compression sur le membre, autrement l'on verrait les capillaires, habitués à être soutenus par l'appareil, s'engorger, se rompre, et la gangrène survenir.

La compression est donc la cause de ce que le plus grand nombre des veines n'ont pas de valvules, puisqu'elle ajoute à la solidité de leurs parois et favorise la circulation. Aussi toutes les fois que les veines augmentent d'épaisseur dans un organe placé dans les conditions des viscères splanchniques, c'est seulement pour l'accomplissement des fonctions spéciales. Ainsi l'utérus renfermé dans l'abdomen n'a pas de valvules. Les veines de cet organe ne diffèrent pas plus des autres vaisseaux à sang noir de l'abdomen, sous ce rapport, que sous celui de leur structure, bien que l'on ne leur accorde généralement qu'une seule tunique interne. C'est que l'utérus, à l'exception de quelques couches musculaires superficielles régulières, est formé par l'entrelacement des veines, dont la couche musculeuse hypertrophiée constitue le tissu inextricable de la matrice; et ce fait est susceptible de démonstration, directement par l'anatomie, et rationnellement par la physiologie et la pathologie.

Les dissections démontrent la difficulté que l'on rencontre à séparer de l'utérus les veines qui lui adhèrent par une couche musculeuse très-développée, ce dont on peut se convaincre surtout en faisant cuire une matrice. L'étude des fonctions de cet organe fait voir aussi que les veines suivent toujours, dans leur développement en volume, les variations diverses de l'utérus dans la menstruation ou la grossesse. La pathologie dévoile également les liaisons qui existent entre l'utérus, véritable tumeur veineuse, et les autres veines du corps. Ainsi, chez les femmes en couche, la fièvre puerpérale vient-elle à se développer, le système circulatoire est frappé d'inertie. Si la malade succombe, l'utérus est flasque, œdémateux, tout le système veineux est frappé de la même atonie; les veines laissent transsuder le sang à travers leurs parois ramollies; le tissu cellulaire qui les environne est souvent œdématié comme celui de l'utérus, et souvent le siége d'abcès semblables à ceux que l'on rencontre dans le système musculaire de la matrice.

Les veines de l'utérus sont donc sans valvules comme les veines de l'abdomen, et douées du même nombre de tuniques que celles du reste du corps; seulement la musculeuse s'est hypertrophiée.

Dans les endroits où les organes ne sont plus soumis à une pression égale, ou bien quand ce n'est qu'aux dépens de leurs fonctions que des veines volumineuses eussent eu leurs parois soutenues; ou enfin quand les organes n'auraient pu accomplir qu'incomplètement ce rôle d'auxiliaire par rapport aux veines, la nature a paré à ces inconvéniens par le renforcement des parois de la veine, de deux manières, ou par l'épaississement accidentel d'une des tuniques, ou par l'addition d'une quatrième tunique inextensible et supplémentaire formée aux dépends du tissu fibreux des organes environnans.

Nulle part cette première disposition, qui contribue à renforcer les parois de la veine, n'a été rencontrée à un plus haut point que dans les veines du crâne, parce que dans nul autre organe il n'était aussi important pour le libre accomplissement de ces fonctions, que les veines ne fussent pas susceptibles d'accroissement en volume.

La tunique musculeuse, par suite d'une transformation très-commune dans l'organisation, est changée en une membrane fibreuse, seulement dans les veines les plus volumineuses qui sont unies à la membrane fibreuse d'enveloppe de l'organe, et accompagnées par elle dans les principales divisions du cerveau. Ces replis, connus sous le nom de *faux*, sont entièrement analogues à la capsule de Glisson. Les fonctions de cette membrane, considérée comme organe de protection et d'auxiliaire à la circulation veineuse, rendent cette analogie encore plus frappante. Ainsi la dure-mère enveloppe tout le système nerveux, et l'accompagne sous le nom de névrilème dans toutes ses divisions. De plus, la résistance de sa structure fibreuse fournit aux veines le moyen de lutter contre l'effort latéral du sang qui aurait pu être nuisible à la substance cérébrale environnante. — Comme moyen de protection, nous venons de voir les avantages attachés à la structure fibreuse des veines; comme organes de la circulation, nous allons voir quelles modifications cette disposition apporte au libre cours du sang.

L'on comprend d'abord que la fixité de cette membrane aux os limite la pression à laquelle les veines sont soumises, et que, sous ce rapport, elles ne sont pas dans les conditions de celles qui sont libres dans les trois cavités splanchniques. Par conséquent, se trouve détruit un des agens les plus énergiques de la circulation veineuse, la compression. De cette dispo-

sition résulte aussi que les reflux qui s'opèrent dans les inspirations ont un retentissement si direct jusque dans les veines cérébrales, bien que cependant la veine jugulaire interne, à son origine du côté du cœur, porte une valvule constante pour lutter contre cette marche rétrograde du sang.

Cette structure des grosses veines cérébrales, quoiqu'en ait dit le plus grand nombre des anatomistes, n'est pas une organisation exceptionnelle, mais bien une disposition générale pour tout le système fibreux, où les veines sont réduites à leur paroi interne et à la tunique musculeuse qui a subit une transformation fibreuse comme dans le périoste des os du crâne.

Voyez les ligamens, les aponévroses, le périoste des os, la membrane médullaire? Les veines y sont réduites à la paroi séreuse et fibreuse; aussi la circulation dans ce système doit-elle être plus lente que partout ailleurs, car ces veines sont, comme celles du crâne, dépourvues de valvules, et cette lenteur de la circulation est en rapport avec le peu de vitalité de ces tissus, dont l'organisation est si voisine de celle du système osseux.

Aussi l'on conçoit que, par suite d'une des transformations successives de l'organisme, la tunique fibreuse puisse se changer en une substance osseuse; alors les veines sont réduites à une seule couche, la séreuse, comme on le voit dans le tissu spongieux, dans les sinus du diploé. Cette disposition, loin d'être défavorable à la circulation, ne fait au contraire que lui être propice; car la dilatation permanente dans laquelle se trouvent les veines, fait que l'action ne devient que plus directe, soit qu'elle parte des capillaires ou de l'aspiration résultant de la respiration.

Mais il n'en est pas de même dans les transformations successives des artères; car le manque d'élasticité qui en résulte est une atteinte portée à la circulation, et la conséquence de cela est la stagnation du sang dans le vaisseau, la formation d'un caillot, l'oblitération du calibre de l'artère. Rappelez-vous ce qui se passe dans l'ossification des cartilages costaux, par exemple, et vous verrez que ce ne sont pas les veines que l'on voit s'oblitérer par un caillot, mais bien les artères. Une conclusion nécessaire de cette observation, c'est que si les veines persistent longtemps, elles doivent, dans les os tout formés, prédominer en nombre sur les artères; et si l'anatomie ne le démontrait pas, comme elle le fait, on pourrait le présumer de prime-abord à l'inspection du cadre nosologique des maladies des os: ne voit-on pas qu'un grand nombre semble résulter du trouble apporté dans les fonctions d'absorption et d'exhalation des veines, comme le rachitis, l'ostéomalaxie, l'éburnation, la dégénérescence graisseuse; ou bien d'autres maladies, d'une lésion dans leur structure, comme le fongus hématode érectile veineux? sans parler d'autres lésions pathologiques qui, n'étant pas encore bien connues, ne peuvent pas encore être considérées comme appartenant à des lésions du système veineux?

Le grand développement des veines dans le système osseux doit donc faire présumer qu'elles jouent un rôle très-important dans la formation et dans la vie des os. Et si dans les animaux inférieurs un seul ordre de vaisseaux suffit pour la formation d'une très-grande quantité de matières calcaires, pourquoi n'en serait-il pas de même chez les animaux supérieurs?

L'on conçoit même que la multiplicité des veines, par l'étendue de leur surface exhalante et absorbante, supplée à la lenteur nécessaire pour des actions toutes chimiques qui croissent d'énergie par le repos, comme celles de l'organisme, au contraire, prennent de l'intensité par le mouvement. Les veines réduites à la membrane interne sont donc un véritable endosmomètre à travers lequel pénètrent les parties du liquide propres à former la base solide des os. La nature même du liquide que les veines charrient semble le plus propre à constituer les os; car le sang noir n'est-il pas plus riche en sérum que le sang artériel, partie du sang, qui, comme on le sait, tient en dissolution les principes salins propres à constituer la base des os?

Ce n'est pas que je pense que les artères ne jouent un rôle très-important. Le volume considérable qu'elles ont chez le fœtus, et la prédominance en nombre qu'elles ont sur les veines, prouvent qu'elles doivent remplir une part active dans les formations des os. Qu'on se rappelle la consistance fibreuse et cartilagineuse par lesquelles passent les os, et l'on verra si les artères ne doivent pas être les organes formateurs de la trame dans laquelle les veines déposent plus tard la matière calcaire; aussi les artères commencent-elles à s'oblitérer dans un cartilage costal avant que l'ossification soit complète, et les veines sont chargées de ce dernier office. Les expériences de Scarpa confirment ces faits, comme on peut le voir dans son ouvrage *De anatome et pathologiâ ossium commentarii*: «Il n'y a, dit-il, aucun doute que les artères dont les os sont abondamment pourvus lorsqu'ils sont irrités, ne présentent des pulsations plus fortes et plus fréquentes en tant qu'elles ne sont pas rétrécies ou obstruées par la matière salino-terreuse; car cette matière, qui constitue la dureté des os et leur donne la solidité, loin d'être favorable à leurs fonctions organiques, s'y oppose et les interrompt même quelquefois. Chez les chiens auxquels on détruit la moelle du radius, et chez lesquels au septième jour la substance compacte est ramollie et très-gonflée, les artères, finement injectées de gluten rougeâtre, sont si nombreuses dans cette substance, que l'on ne découvre aucun point qui ne soit rouge; ce que l'on n'observe pas au radius sain de l'autre membre, quoique les artères soient injectées en même temps avec le même soin, la même force: preuve certaine que les artères qui se distribuent dans la substance compacte, ramollie, gonflée, et privée en grande partie d'élémens terreux, sont dilatées extraordinairement, et que, secondées par une force plus énergique du cœur, elles poussent dans le tissu intérieur de l'os une plus grande quantité de sang; et c'est aussi le motif pour lequel les os des enfans, moins chargés de phosphate calcaire, croissent, s'alongent, s'élargissent, et se rejoignent, lorsqu'ils ont été fracturés, plus promptement que chez les adultes.»

Telle est donc la série des transformations que peuvent subir les veines. Le tissu cellulaire qui les environne peut aussi se convertir en une espèce d'étui fibreux inextensible dans les endroits où les fonctions des organes ou des veines eussent pu être troublées par la compression dans leurs variations réciproques de volume.

Dans les glandes, par exemple, où le volume des veines eût été susceptible de nuire à la sécrétion en comprimant le tissu de l'organe, on rencontre cette disposition. La capsule fibreuse accompagne les veines. Glisson avait bien entrevu que cette structure peut avoir cet usage. Laënnec s'est attaché à démontrer que le foie n'est pas le seul organe dans ce cas, mais que toutes les membranes qui enveloppent les organes pénètrent dans leur intérieur en accompagnant les vaisseaux. Peut-être pourrait-on penser que ce n'est qu'un tissu cellulaire unissant lâchement les divers ordres de vaisseaux entre eux; mais le plus simple examen convaincra qu'outre le tissu cellulaire, il se rencontre une membrane inextensible qui, dans le foie, par exemple, accompagne jusqu'à leur terminaison la veine porte, l'artère et les canaux hépatiques, sépare les trois vaisseaux de la substance du foie. Peut-être fera-t-on une objection, en apparence fondée, en représentant que les veines sus-hépatiques ne sont pas environnées par la capsule de Glisson; mais on ne s'étonnera pas de cette disposition, si l'on fait attention qu'elle n'est pas sujette aux mêmes variations de volume que la veine porte, et que son volume est entièrement subordonné à celui des vaisseaux afférens du foie. Cette tunique fibreuse ne se borne pas aux organes glanduleux partout où la contraction musculaire, la pesanteur du liquide ou le reflux du sang auraient pu dilater les veines: alors on trouve cette tunique supplémentaire comme aux membres, à la tête et au cou. Il est facile de s'en assurer en faisant une section perpendiculaire à l'axe de ces parties: alors on voit que la veine est béante, et comprise dans une gaîne fixée aux os environnans d'une manière invariable, de sorte qu'elle ne peut changer de place.

Plusieurs usages se rattachent à une disposition de cette substance: d'abord ceux que j'ai déjà signalés, qui sont relatifs à la protection qu'elle fournit à la veine contre l'effort latéral; de plus elle est un obstacle à ce que les contractions musculaires ne déplacent cette même veine; et au voisinage de la poitrine, à ce que la pression atmosphérique n'en obstrue le calibre dans les grandes inspirations; et enfin dans les grandes expirations elle empêche que les parois des veines ne soient trop distendues.

Ces derniers usages, attribués aux gaînes fibreuses par M. le professeur Bérard, avaient déjà été indiqués par Haller, qui, à propos du péricarde, avait dit: «*Sed omninò oportune mucroni cordis fundamentum ponere, limitesque fingere, ne ponderi obediat et dextrorsum sinistrorsumve vacillat vasaque magna dum palpitat detrahat.*»

Des faits pathologiques viennent aussi à l'appui de ces considérations physiologiques. On peut voir pourquoi cette disposition des veines, lorsqu'elles sont intéressées accidentellement, peut devenir la cause directe de la mort, par suite de l'absorption de l'air; aussi l'on conçoit que plus on se rapproche de la poitrine, plus les accidens déterminés sont graves, et cela pour trois raisons: la grandeur de l'orifice du vaisseau, la position béante dans laquelle il reste, et enfin la plus grande énergie de la force aspirante.

L'on comprendra aussi, par cette disposition, comment la blessure des veines profondes des membres peut donner lieu à une hémorrhagie promptement mortelle, la lumière du bout inférieur de la veine étant maintenue béante par la membrane fibreuse qui lui sert de gaîne. Ainsi j'ai vu et disséqué avec soin le membre d'un homme qui reçut un coup d'espadon à la partie externe de la jambe. Il survint une hémorrhagie d'un sang noir que l'on ne chercha d'abord à arrêter que par des lotions avec l'eau froide; ensuite M. Dupuytren jugea convenable d'arrêter cette hémorrhagie par la ligature de la crurale. L'écoulement cessa bien par ce procédé. mais était-ce par ce que les capillaires ne recevaient pas de sang? Le malade ayant succombé à une résorption purulente, son membre fut injecté par le système artériel, et il ne fut pas possible de trouver sur le trajet des artères une lésion qui légitimât la ligature que l'on avait pratiquée.

Dans le système veineux, nous avons vu les parois des vaisseaux alternativement renforcées par la compression des organes environnans, par l'épaississement dans les tuniques, ou bien par l'addition d'une couche inextensible. Mais ce ne sont pas les seuls moyens que la nature ait employés pour la solidité des veines. Ainsi dans un petit nombre de veines l'on trouve des valvules qui, à quelques exceptions près, ont pour usage de couper en plusieurs sections la colonne de liquide qui aurait pesé trop énergiquement sur les parois du vaisseau.

Plusieurs raisons paraissent prouver que les valvules jouissent de cette action spéciale, et non qu'elles remplissent principalement des usages relatifs à la circulation; car on n'en rencontre pas dans les endroits où le reflux est le plus marqué, comme dans les veines qui environnent la poitrine. De plus, on les trouve plus nombreuses et plus rapprochées dans les parties où évidemment elles ne remplissent pas la fonction d'être un obstacle à la marche rétrograde du sang.

Enfin, nous ajouterons qu'un examen scrupuleux montre que, dans plusieurs endroits où l'on remarque des valvules, elles n'obstruent pas entièrement le calibre de la veine: outre cela, quand ces valvules pourraient, dans l'état de vacuité, combler la lumière de la veine, il n'en serait plus de même dans l'état de réplétion: la pesanteur de la colonne de sang suffit pour augmenter le diamètre de ce vaisseau à parois extensibles, dont le calibre dépasse alors l'étendue des digues opposées au cours du sang; ce qui explique pourquoi la dilatation variqueuse est si fréquente dans les veines qui ont le plus de valvules.

Cependant dans certaines circonstances on ne peut



nier que les valvules n'aient pour usage de s'opposer au retour du sang vers les capillaires ; mais ce n'est qu'autant qu'elles se trouvent dans les mêmes conditions que les valvules de l'artère pulmonaire ou de l'aorte, quand elles se trouvent appliquées sur des parois inextensibles, comme par exemple les valvules que l'on trouve à l'origine de la veine jugulaire profonde qui est rendue inextensible par la gaine fibreuse dans laquelle elle se trouve contenue.

Dans tout autre cas on ne peut admettre que les valvules aient des usages différens de ceux que nous leur avons assignés. L'examen anatomique vient à l'appui de cela. Ainsi les valvules sont plus nombreuses dans les veines superficielles que dans les veines profondes, où elles sont cependant exposées à des pressions inégales. Mais si l'on considère que les veines superficielles sont soutenues moins efficacement par les organes environnans, il sera facile de prévoir que leurs parois étaient bien plus exposées à céder aux forces qui sollicitent le sang, et l'on ne verra alors dans la disposition valvulaire qu'un moyen de renforcer les parois en empêchant la colonne de liquide de peser de toute sa hauteur. Cette structure est cause que, quand une veine est ouverte, la pression latérale étant considérablement atténuée, et même rendue presque nulle, le sang ne s'écoule pas par la plaie, à moins qu'il ne se rencontre quelque obstacle à la circulation. Mais supposez qu'il n'y ait pas de valvules, et le sang coulera d'une veine comme d'une artère. Cette disposition des veines est donc des plus avantageuses, puisque la lésion de ces vaisseaux, continuellement exposés par leur situation, eût pu donner lieu à des accidens extrêmement graves, ou même à la mort. On peut en juger par ce qui arrive dans le cas de varices, quand, par suite de l'état pathologique des veines, les valvules sont détruites ; la colonne de sang presse sur les parois des vaisseaux, finit même quelquefois par les rompre. Alors le sang s'écoule, et l'on a la plus grande difficulté à arrêter cette hémorrhagie.

Malgré cette protection donnée par les valvules, ce sont les veines qui en ont le plus qui sont le plus exposées à devenir variqueuses. C'est, comme je l'ai dit, l'extensibilité de leurs parois qui fait que les valvules remplissent mal leur office, et qu'elles ne sont pas aussi bien maintenues que par la compression des organes environnans. Le tissu qui entoure ces veines peut seconder beaucoup l'action des valvules par la résistance qu'il présente ; c'est ce qui fait que l'action variqueuse est très-commune chez les individus à peau flasque et fine, à tissu cellulaire lâche, comme chez les sujets lymphatiques ; tandis qu'elle est rare chez les personnes dont le tissu cellulaire est serré, dont la peau jouit d'un grand ressort. L'art aussi a pris à tâche de prendre la nature pour modèle, en cherchant, par une compression modérée et permanente, à favoriser la circulation veineuse.

Si dans les veines superficielles les valvules ont pour propriété spéciale de renforcer les parois, elles sont, dans les veines profondes soutenues par les gaines fibreuses, seulement des digues opposées au cours du sang ; la compression qu'elles éprouvent est une condition favorable à cette fonction, puisqu'elle supplée à l'inextensibilité du vaisseau, condition nécessaire pour qu'une valvule fonctionne. La compression, qui, lorsqu'elle s'exerce d'une manière invariable et uniforme, est une force suffisante pour soutenir les parois des vaisseaux et favoriser la circulation, devient donc un auxiliaire pour les veines superficielles et profondes, quand elle s'exerce d'une manière inégale. Supposez un moment le corps soumis à une pression égale, et les valvules disparaîtront ; c'est ce qu'on voit dans le fœtus, qui, plongé dans le liquide de l'amnios où il subit une pression uniforme, se trouve dans les mêmes conditions que les viscères splanchniques.

Si à l'époque de la naissance on remarque des rudimens de valvules, quelques mois auparavant on n'en découvre aucun vestige : on ne trouve qu'un seul système circulatoire composé d'un seul ordre de vaisseaux charriant une seule espèce de sang, qui est poussé par un seul cœur ; car si dans les derniers mois de la grossesse il existe deux ventricules, ils n'ont qu'un seul usage, puisqu'ils reçoivent l'origine bifurquée de l'aorte. Une telle disposition donne à la circulation une énergie double, et l'on conçoit de quelle importance il était que la force d'impulsion donnée au liquide fût augmentée chez le fœtus, l'absence de respiration détruisant une des forces les plus énergiques dans la circulation veineuse. Mais la nature y a pourvu admirablement en doublant l'énergie de la circulation par l'emploi du ventricule droit qui sans cela n'aurait eu aucun usage. L'impulsion donnée au sang doit donc être suffisante pour lui faire parcourir toute la circonférence du cercle circulatoire, et l'action du cœur sur le système veineux doit être favorisé par l'état des capillaires ouverts plus largement, et permettant par suite aux impulsions données au liquide de retentir dans tout le cercle circulatoire.

L'absence de valvules concourt aussi à ce qu'il n'y ait pas d'obstacle à la circulation ; leur présence en effet devenait inutile, puisqu'une seule direction est donnée au liquide, et qu'il ne peut y avoir de reflux. La solidité des veines cependant n'en souffre pas, car la structure de leurs parois se rapproche beaucoup de celle des artères ; ressemblance dont les capillaires seuls, chez les adultes, conservent l'empreinte dans les divers parenchymes où il n'y a qu'un seul ordre de vaisseaux comme une seule circulation.

Ajoutez que les veines superficielles du fœtus sont soutenues par la compression du liquide de l'amnios, qui, s'exerçant uniformément, favorise la circulation veineuse en soutenant les parois de ces vaisseaux. Une preuve que le fœtus est comprimé dans la matrice, c'est qu'à l'époque de la naissance, les vaisseaux cessant d'être maintenus, l'enfant prend une coloration rouge qu'il conserve pendant quelques jours ; et cela ne tient pas aux efforts de l'accouchement, puisque l'on remarque ce phénomène lorsque l'enfant vient au jour par l'opération césarienne, et sans qu'il y ait eu de contractions de la matrice. Cette compression dans la matrice s'exerce d'une manière uniforme ; car aussitôt que l'équilibre

est rompu, on voit survenir des accidens ; ainsi, lorsque, dans l'accouchement, la poche des eaux est déchirée, la matrice s'applique immédiatement sur le fœtus, et l'on voit un trouble en résulter dans la circulation veineuse ; plusieurs veines, inégalement soutenues ou comprimées, se rompent et donnent lieu à ces céphalæmatomes, bosses sanguines que l'on ne remarque pas seulement à la tête, mais aussi dans toute autre partie du corps.

Le principe de la circulation est donc tout différent dans le fœtus ou dans l'adulte, puisque dans le premier le sang est mu par deux puissances que l'on peut comparer à deux pompes foulantes, agissant toutes deux sur un même point et simultanément dans une même direction du cercle circulatoire; tandis que dans l'adulte c'est d'une part une pompe foulante, et de l'autre une pompe aspirante, dont les actions sollicitent bien le liquide dans le même sens, mais sont réparties aux deux extrémités de la voie que le sang parcourt.

En nous résumant donc sur la circulation veineuse chez le fœtus, les circonstances qui accélèrent la circulation sont la contraction des deux ventricules, la communication libre des deux systèmes artériel et veineux, le peu de différence de leur capacité, le passage de vaisseaux plus larges dans des vaisseaux plus étroits, ce qui, à la périphérie, fait prendre au liquide un mouvement accéléré ; l'absence complète de valvules, puisque le liquide n'avait à se mouvoir que dans un sens, et enfin l'uniformité de pression à laquelle les vaisseaux sont soumis : car l'action du sang sur les parois est combattue avec avantage par la compression des eaux de l'amnios dans lesquelles le fœtus plonge, et est encore diminuée par la rapidité de la circulation en vertu de ce principe d'hydraulique qui fait que la pression exercée par le liquide sur les parois des canaux qu'il parcourt est en raison inverse de la rapidité dont il est animé.

Recherches cliniques pour servir à l'histoire des maladies des vieillards ; faites à la Salpêtrière ; par MM. Hourmann, agrégé de la Faculté, médecin du Bureau central, et Dechambre, interne des hôpitaux.

(IVe Mémoire.)

Pneumonie des vieillards. — IIe. partie. — *Etiologie et Symptomatologie.*

Avant d'aborder la partie étiologique et symptomatologique de l'histoire de la pneumonie des vieillards, nous indiquerons sur quels matériaux nous allons chercher à l'établir.

On a vu dans notre précédent Mémoire que nos observations de pneumonie se montaient à 156. Sur ce nombre, 47, dont 21 avec autopsie, ne se composent que de simples notes destinées seulement à constater l'existence et le siége de la pneumonie. Restent 109 observations recueillies minutieusement jour par jour :

1°. 33, des 53 malades guéries. 33
2°. 9, des 15 malades mortes avec les signes les plus tranchés de la pneumonie, mais dont l'autopsie n'a pas été faite. 9
3°. 67, des 88 malades mortes avec une imperméabilité complète du poumon, et dont l'autoposie a été faite (18 cas de pneumonie *inter-vésiculaire*, 49 de pneumonie-vésiculaire.) 67

109

C'est cet ensemble de faits qui nous fournira les traits du tableau que nous avons à tracer, et dans toute question susceptible de solution par des chiffres, nous en utiliserons les données numériques.

§. 1er. *Causes de la pneumonie chez les vieillards.* — Deux ordres de causes concourent à la production si fréquente de la pneumonie chez les vieillards. Les unes, liées à l'état même de l'organisme, tiennent en quelque sorte constamment le poumon sous l'imminence de la phlegmasie ; les autres, passagères, accidentelles, se joignent le plus souvent aux premières pour déterminer son invasion.

Causes prédisposantes. — Nous avons déjà signalé dans les poumons des vieillards (1er Mémoire), un état de bronchorrhée habituelle, ainsi que de congestion permanente plus ou moins marquée, suivant le type auquel ils appartiennent. Ces conditions organiques constituent la prédisposition la plus active à la pneumonie. Diverses causes, qui entretiennent plus ou moins directement cette fluxion sanguine des poumons, exercent aussi médiatement une influence prédisposante très-marquée. Nous noterons sous ce rapport, en première ligne la rigidité de tout l'appareil mécanique de la respiration, qui ne gêne pas seulement le passage de l'air et l'expectoration des mucosités bronchiques, mais entrave encore la circulation pulmonaire; viennent ensuite les affections organiques du cœur et des gros vaisseaux, si variées et si communes dans le vieil âge, et dont l'effet est le même, ainsi que diverses intumescences abdominales qui refoulent le diaphragme et les organes thoraciques, celle surtout qui est due à la distension des intestins par des gaz que l'inertie de leurs parois leur permet difficilement d'expulser. Une prédisposition qui ne peut non plus être contestée, car elle aboutit en définitive au même terme, la gêne de la circulation pulmonaire, c'est l'affaiblissement des forces, soit simplement sénile, soit dû à quelqu'autre cause débilitante générale ou locale, telle que le scorbut, une diarrhée chronique, une lésion ancienne ou récente du cerveau, etc. Enfin sur les limites des causes prédisposantes et occasionnelles se trouvent la bronchite aiguë qui vient s'enter si vite chez les vieillards, sur la bronchite chronique, et ces noyaux d'engorgement que nous avons indiqués dans notre premier mémoire et dont l'histoire appartient à celle de la pneumonie chronique, terminaisons incomplètes et fréquentes de pneumonies antérieures sur lesquelles nous re-

viendrons, et qui fixent autant de points d'irritation persistante au milieu du parenchyme. Nous devons ajouter en dernier lieu, que chez les vieillards l'inflammation de l'un des poumons est une prédisposition à l'inflammation de l'autre; aussi la pneumonie double est-elle très-commune à cet âge.

Ces diverses prédispositions à la pneumonie seront promptement saisies par tous les observateurs qui analyseront avec soin toutes les circonstances qui se rattachent à une maladie si funeste aux vieillards. Elles n'ont point échappé, pour la plupart, à M. Piorry, et nous nous empressons d'indiquer encore ici la conformité de nos résultats avec ceux de ce médecin consciencieux. Quant à l'étendue de l'influence qu'exercent ces prédispositions, sa détermination ne peut guères être séparée de celle du mode d'invasion de la phlegmasie, mode variable que nous étudierons tout à l'heure.

Causes occasionnelles. — 1° *Action du froid.* — On a pu mettre en doute l'influence du froid sur la production de la pneumonie chez l'adulte : chez le vieillard, cette cause est des plus positivement démontrées. Il est, du moins, notoire à la Salpêtrière, que les abaissemens de température sont constamment marqués par l'élévation du chiffre des maladies aiguës, dont les 5/6 sont des pneumonies. Souvent en quelques jours les salles de l'infirmerie s'en trouvent pleines.

Voici, du reste, comment sont distribuées, suivant les époques de l'année, nos 156 observations (1) :

En janvier.	17
En février.	19
En mars.	31
En avril.	20
En mai.	11
En juin.	6
En juillet.	3
En août.	1
En septembre.	1
En octobre.	5
En novembre.	19
En décembre.	23
	156

Et dans le cas où l'on ne voudrait s'en rapporter qu'aux autopsies pour accepter le diagnostic, voici à cet égard le relevé de nos notes :

En janvier.	6
En février.	14
En mars.	20
En avril.	9
En mai.	8
En juin.	4
En juillet.	2
En août.	1
En septembre.	0
En octobre.	4
En novembre.	15
En décembre.	10
	88

2° *Variations de température.* — L'influence atmosphérique est tellement manifeste sur la production de la pneumonie des vieillards, qu'on peut la constater jusque dans les alternatives de température considérées indépendamment du degré absolu du froid, et même les deux tableaux qui précèdent, tout en montrant que la pneumonie est plus fréquente en hiver qu'en été, signalent que son maximum de fréquence ne correspond pas à l'époque du plus grand froid, mais bien à celle où la température, sans être glaciale comme en janvier, ni brûlante comme en juillet, est surtout sujette à de brusques alternatives. Ce maximum de fréquence s'observe dans les mois de mars et la première moitié d'avril. En mars 1834, par exemple, où les variations atmosphériques furent très-prononcées sans que le thermomètre descendît au-dessous de +4, 7, nous observâmes beaucoup plus de pneumonies qu'aux époques de la même année où le froid fut le plus rigoureux.

3° *Action des vents.* — Les vents secs et violens ont été notés comme favorisant le développement des maladies de poitrine. Nous l'avons constaté également à la Salpêtrière. Il est probable qu'ils n'agissent que par le froid qu'ils produisent, et comme d'ailleurs ils coïncident le plus souvent avec les grandes variations atmosphériques, il est difficile de faire la part de leur action. Mais la *direction* des vents, indépendamment de toute autre condition de l'atmosphère, exerce-t-elle une influence spéciale sur les poumons, de manière à provoquer leur inflammation? Hippocrate avait signalé le vent de *nord-est* comme ayant cet effet. Ce que nous pouvons assurer relativement à nos vieillards, c'est que dans le cours des deux dernières années et cette année même (1836), au mois de mars et d'avril, pendant tout le temps (douze jours en 1834), qu'une augmentation considérable eut lieu dans le nombre des pneumonies, la flèche placée sur l'église de la Salpêtrière a pris la direction du *nord-est* et s'y est maintenue invariablement. Nous avons dit qu'à cette époque aussi la température était abaissée et soumise à des variations.

4° *Décubitus prolongé.* — La stase du sang dans les parties déclives des organes, est une cause de phlegmasie qu'on peut surtout vérifier à l'occasion de la pneumonie chez les vieillards soumis à un décubitus prolongé. Toutefois nous n'en parlons qu'en dernier lieu, parce que son influence ne consiste le plus ordinairement qu'à aider l'action de toutes les causes signalées précédemment, et ne se fait guères sentir que lors-

(1) Nous devons prévenir qu'absens du service de l'infirmerie pendant une portion d'août (dernière quinzaine), et de septembre (première quinzaine), nous ne pouvons comparer rigoureusement le chiffre de ces deux mois avec celui des autres mois, des pneumonies ayant pu se présenter sans que nous les ayons recueillies.

qu'elles s'y trouvent réunies. Cette influence est d'ailleurs suffisamment prouvée par les résultats d'anatomie pathologique exposés dans notre troisième Mémoire. Nous avons vu, en effet, 1° que la pneumonie *inter-vésiculaire* occupait toujours soit le bord postérieur du poumon, soit la totalité du lobe inférieur; 2° que la pneumonie *vésiculaire* du bord postérieur était une fois plus fréquente que celle du bord antérieur; 3° que la pneumonie du lobe supérieur a quelquefois lieu aux environs de la scissure, et celle du lobe inférieur le plus souvent vers son bord postérieur. Or, cette prédilection de la pneumonie pour les parties qui se trouvent être les plus déclives dans le décubitus dorsal, ne peut être attribuée qu'à ce décubitus lui-même.

Cette opinion est encore appuyée par deux autres considérations également tirées de nos faits d'anatomie pathologique : la première, c'est que la pneumonie du lobe inférieur, qui est le plus déclive dans le décubitus dorsal, a lieu le plus ordinairement du côté droit, côté sur lequel on s'incline habituellement dans ce décubitus, tandis qu'à gauche, au contraire, la pneumonie du lobe inférieur est infiniment plus rare que celle du lobe supérieur. La seconde considération se tire de l'observation que nous avons faite que, chez les asthmatiques qui meurent dans l'orthopnée, on trouve souvent une forte congestion de la base même des poumons, au milieu de laquelle nous avons rencontré plusieurs fois la véritable hépatisation.

L'influence du décubitus prolongé sur la production et la détermination du siége de la pneumonie chez les vieillards, est donc un fait parfaitement établi, et sur lequel M. Piorry a justement insisté dans son histoire de la pneumonie hypostatique; mais, nous le répétons, cette influence n'a, en général, d'activité bien manifeste qu'autant que les autres causes déterminantes que nous avons mentionnées concourent avec elle. L'été, en effet, quand les poumons des vieillards ne sont plus soumis au froid et aux vicissitudes atmosphériques auxquelles ils se montrent si impressionnables pendant l'hiver et le printemps, le décubitus prolongé ne joue plus un rôle aussi appréciable dans la production de la pneumonie. En tous cas, ses effets sont toujours très-favorisés par l'existence de quelqu'une des prédispositions organiques énumérées ci-dessus, notamment l'état de pléthore; aussi est-ce une remarque constante que le décubitus dorsal prolongé est infiniment moins funeste chez les vieilles femmes maigres et cachectiques que chez les vieilles femmes grasses et sanguines dont nous avons formé notre première catégorie.

Si maintenant on jette un coup-d'œil sur tout ce que nous venons de dire de la pneumonie des vieillards, on verra que parmi toutes ses causes il en est qui, prédisposantes, sont communes à tous les sujets (affaiblissement sénile, catarrhe chronique); d'autres qui se rencontrent chez un très-grand nombre (maladies du cœur, etc.); d'autres enfin qui, comme occasionnelles, exercent sur les vieillards une action beaucoup plus marquée que chez les adultes (influences atmosphériques, décubitus), et l'on comprendra ainsi pourquoi la pneumonie est à la fois si fréquente et si grave dans la vieillesse.

On verra encore que, de ces causes, les unes sont de nature à déterminer des congestions actives, les autres des congestions passives du poumon; mais on commettrait une erreur si l'on pensait que l'action de ces causes est toujours isolée. Le plus souvent elles se combinent, et alors, tantôt c'est une cause de congestion active (froid subit, etc.), qui *détermine* une fluxion sanguine inflammatoire vers le poumon, et c'est en vertu d'une prédisposition débilitante, aidée ordinairement du décubitus, que la pneumonie *se fixe* de préférence dans un tel point de l'organe; tantôt, au contraire, c'est une congestion, de nature d'abord toute passive, qui détermine consécutivement une véritable phlegmasie, soit sous l'influence d'un refroidissement ou de toute autre cause analogue, soit même, ce qui est beaucoup plus rare, par le simple effet de la stase sanguine prolongée ou excessive, d'après la loi de physiologie pathologique, *ubi fluxus, ibi stimulus*.

§ 2. *Mode d'invasion de la pneumonie des vieillards.* — La pneumonie chez les vieillards débute de deux manières parfaitement distinctes; tantôt brusquement et avec le cortége des symptômes qui l'annoncent habituellement chez l'adulte; tantôt lentement, sourdement, et en l'absence de ces symptômes.

1° Dans la première forme de début, la maladie s'annonce quelquefois tout à coup par un frisson suivi bientôt de point de côté, et plus souvent par ce dernier seul sans frisson, ou bien celui-ci se déclare consécutivement sous forme d'horripilations générales. L'accès de frisson, quand il existe, ne se renouvelle ordinairement pas; il se termine par de la chaleur, à laquelle succède par fois un peu de moiteur, et très-rarement une sueur prononcée.

A la Salpétrière, le début de la pneumonie prend toujours, à l'époque des mois de mars et d'avril, un caractère d'acuité spéciale. Le frisson et le point de côté sont plus fréquens; ordinairement précédés pendant plusieurs jours, quelquefois même une ou deux semaines, de céphalalgie, d'étourdissemens, d'angines, de coryza avec épistaxis, de douleurs musculaires erratiques, etc., et la pneumonie une fois déclarée, les malades tombent promptement dans un état de stupeur et d'adynamie.

2° Dans la seconde forme de début, on n'observe ni frisson, ni point de côté : un malaise général, de la faiblesse, l'augmentation ou l'irrégularité des mouvemens respiratoires, une petite toux saccadée, de la chaleur à la peau, voilà souvent les seuls accidens qui signalent l'invasion de la phlegmasie des poumons. Mais il s'en faut de beaucoup que tous ces symptômes se trouvent constamment réunis. Il ne survient quelquefois ni chaleur à la peau, ni toux, ni désordre de la respiration, et tout ce qu'on observe c'est le malaise général et la faiblesse. Les malades restent couchées, ont moins d'appétit, et ne peuvent rendre compte de leur état. Il peut même arriver que la toux et la dyspnée, si elles existaient antérieurement comme symptômes d'un asthme ou d'un catarrhe ancien, cessent, ou tout au moins diminuent beaucoup au moment où se déclare la

pneumonie. Ce fait singulier, nous l'avons constaté plusieurs fois : mais par sa singularité même, il fournit alors un signe négatif qui peut mettre sur la voie du diagnostic. Au reste, il faut bien se garder de s'en rapporter sur ce sujet aux malades. Les vieillards se plaignent très-rarement de dyspnée dans la pneumonie, quelle que soit la fréquence de leur respiration ; aussi faut-il toujours *compter* les mouvemens du thorax. Or, ce compte fait, le calme et même le ralentissement sensible de la respiration, signalent quelquefois, comme nous venons de le dire, l'invasion de la pneumonie.

Enfin, dans quelques cas plus obscurs encore, nos vieilles femmes ne se plaignent même pas de faiblesse ni de malaise. Elles ne demandent pas à venir à l'infirmerie: personne dans leur dortoir, ni surveillantes, ni filles de service, ni voisines, n'apperçoivent de changement dans leur position. Elles se lèvent, font leur lit, se promènent, mangent comme à l'ordinaire, puis elles se sentent un peu fatiguées, se penchent sur leur lit, et expirent. C'est là une des *morts* dites *subites*, de *vieillesse*, à la Salpétrière. On ouvre les cadavres, et l'on *trouve* une grande partie du parenchyme pulmonaire en suppuration. Des faits remarquables de ce genre se sont passés sous nos yeux à l'infirmerie, sur des femmes reçues primitivement pour des maladies tout à fait étrangères aux poumons, et dont elles étaient guéries. Ainsi une pauvre vieille de 85 ans, couchée au nº 12 de la salle Saint-Alexandre, entrée quelques jours auparavant pour une simple indigestion, nous parlait gaîment, et pour nous prouver son bon appétit, triturait à grand effort de mâchoires un biscuit de Reims : la visite de la salle n'était pas achevée qu'on est venu nous annoncer que cette femme mourait. Arrivés en toute hâte, nous avons recueilli son dernier soupir : ses lèvres retenaient encore les restes de son biscuit. A l'ouverture du corps, nous avons trouvé le poumon droit en pleine suppuration dans toute l'épaisseur de son lobe inférieur. Le larynx, la trachée-artère et les bronches étaient parfaitement libres de tout corps étranger. M. le docteur Falret nous a également communiqué l'observation curieuse d'une vieille femme morte brusquement de pneumonie dans son service (aliénées), sans qu'aucun indice ait pu faire soupçonner l'état de la poitrine. Mais ici il importe beaucoup de tenir compte de l'aliénation, pour apprécier toutes les conditions qui ont rendu la phlegmasie latente. La vieille femme dont il s'agit, *reine de tous les lieux*, était remarquable par sa loquacité habituelle et la vigueur des intonations de sa voix. Un matin, sans que rien ait indiqué chez elle le moindre changement morbide, au point qu'elle se promenait et pérorait avec la même énergie de délire que de coutume, on la vit tomber, et bientôt mourir. Un poumon *tout entier* était converti en hépatisation grise.

Nous avons cru utile de savoir si la forme du début de la pneumonie avait quelques rapports avec son siége, et cela principalement suivant qu'il occupait soit le bord antérieur, soit le bord postérieur.

Cette recherche, qui paraît simple d'abord, offre beaucoup de difficultés. Si une pneumonie du lobe supérieur appartient à la moitié antérieure du poumon quand la grande scissure interlobaire est verticale, elle peut au contraire appartenir en grande partie à sa moitié postérieure, quand la scissure est plus ou moins horizontale (1er mémoire). Ce serait encore une mauvaise manière de procéder que de prendre d'une part toutes celles du bord postérieur, et de chercher à quelle forme de début correspondait chacune d'elles pendant la vie, car les symptômes d'invasion ne peuvent correspondre qu'à la lésion primitive, et il peut se faire que l'inflammation d'un bord ne soit que consécutive à celle du bord opposé.

Nous avons donc choisi pour l'étude de cette question, parmi nos observations de pneumonie *vésiculaire* avec autopsie, et suffisamment détaillées (49) : 1° celles où le foyer inflammatoire était unique ; 2° celles où le foyer étant multiple, il *était évident* par l'inspection anatomique, que l'un d'eux était de beaucoup antérieur aux autres, et nous n'avons tenu compte que de celui-là ; 3° celles où la pneumonie s'étendant à tous les lobes d'un seul côté n'en occupait pas moins le même bord.

Dix-neuf observations seulement présentent irrécusablement toutes ces conditions. Ce chiffre minime ne nous permet que de poser les bases du travail. De ces dix-neuf observations, sept appartiennent à la pneumonie du bord antérieur, sur lesquelles une fois la forme du début ne peut être connue, deux fois eut lieu la forme *latente*, et quatre fois la forme *aiguë ;* douze appartiennent à la pneumonie du bord postérieur, sur lesquelles une fois aussi nous n'eûmes aucun renseignement sur le début, huit fois le début prit la forme *latente* et trois fois la forme *aiguë*. Il n'est pas besoin de faire remarquer maintenant combien ces observations s'accordent encore avec ce que nous avons dit sur l'influence du décubitus prolongé sur la production de la pneumonie du bord postérieur.

Des dix-huit cas de pneumonie intervésiculaire, treize offrent les conditions indiquées précédemment ; tous appartiennent à la pneumonie du bord postérieur. Sur ces treize cas, une fois la forme du début n'a pas été notée, sept fois eut lieu la forme *latente*, et cinq fois la forme *aiguë*. Dans un de ces derniers cas le parenchyme était infiltré de pus.

Le début avait pris encore la forme aiguë dans une des trois observations où le siége précis relativement aux bords du poumon, n'a pu être indiqué et dans ce cas encore le parenchyme était en suppuration. Le début avait été latent dans les quatre autres cas.

En somme, sur dix-sept de nos dix-huit cas de pneumonie intervésiculaire, le début fut aigu dans six cas, dont deux avec suppuration du poumon, et latent dans onze, auxquels appartiennent les trois autres cas de suppuration. Ainsi, malgré le siége constant de l'affection du poumon vers les parties déclives, on voit, comme nous l'avons avancé, que la forme du début, dans un bon nombre de cas, vient, indépendamment des caractères anatomiques, attester la nature vraiment inflammatoire de notre *pneumonie intervésiculaire*. La présence du pus dans les cas où l'invasion avait un

caractère passif, démontre aussi comme ce mode de début est loin de suffire pour éloigner l'idée de phlegmasie, lorsque la congestion *planiforme* purement sanguine peut cependant ouvrir la voie aux contestations.

Enfin, quelle influence peut avoir sur la forme du début de la pneumonie, l'existence ou l'absence des diverses prédispositions organiques que nous avons montrées si souvent exister chez les vieillards? Cette question, jusqu'ici négligée, nous paraît renfermer des élémens importans pour l'histoire de l'inflammation des poumons à cet âge.

D'après ce que nous avons dit plus haut de la nature et de la fréquence relative de ces prédispositions, on voit que nous ne pouvons étudier sous ce dernier rapport que les maladies du cœur et du cerveau.

Nous avons constaté l'existence de maladies antérieures du cerveau et du cœur, isolément ou simultanément; 1° dans onze de nos quarante-neuf cas de pneumonie vésiculaire bien détaillés et avec autopsie; 2° dans sept de nos dix-huit cas de pneumonie intervésiculaire; en somme dix-huit fois sur soixante-sept observations. Sur les onze cas de pneumonie vésiculaire, quel qu'ait été son siége, dix fois le début prit la forme *latente* et une fois la forme *aigue*. Sur les sept cas de pneumonie intervésiculaire, une fois nous n'eûmes pas de renseignemens sur la forme du début, cinq fois eut lieu la forme *latente,* et une fois la forme *aiguë;* en sorte que sur un total de dix-huit observations, où existait une maladie du cœur et du cerveau, la pneumonie débuta quinze fois d'une manière *latente.*

Il reste quarante-neuf cas où n'existait antérieurement ni l'une ni l'autre de ces maladies, et composés de trente-huit pneumonies vésiculaires, et de onze intervésiculaires.

Sur les trente-huit premières, quatre fois le début ne fut pas noté, quinze fois nous observâmes la forme *latente* et dix fois la forme *aiguë.* Sur les onze pneumonies intervésiculaires, une fois le début ne fut pas noté, six fois il prit la forme *latente* et quatre fois la forme *aiguë.*

C'est-à-dire que, sur quarante-neuf cas où n'existait aucune maladie du cœur ou du cerveau, la pneumonie, débuta vingt-une fois d'une manière latente et vingt-trois fois avec des symptômes aigus.

La conséquence définitive de ces calculs, c'est que quand il existe des dispositions organiques (maladies du cœur et du cerveau), le début est presque constamment *latent;* tandis qu'en l'absence de ces prédispositions, le debut est *aigu* dans *un peu plus de la moitié des cas.*

§. 3. *Symptômes de la pneumonie chez les vieillards.* — Nous examinerons successivement : 1° les signes rationnels; 2° les signes physiques; 3° les symptômes généraux, et nous dirons ce que nous avons remarqué de particulier, sous ces rapports, pour chacune des deux espèces de pneumonies que nous croyons devoir admettre.

1° *Signes rationnels.*

A. *Douleur.* Dans la majorité des cas on n'observe autre chose qu'un endolorissement vague, soit dans tout le côté du thorax affecté, soit dans toute la poitrine, et spécialement à sa partie antérieure. Dans ces cas la percussion, en déterminant plus de douleur au niveau de la pneumonie, indique ainsi quelquefois son siége plus précis. Nous avons constaté cet endolorissement vague, 1° dans des cas où la plèvre était saine; 2° dans des cas où elle était enflammée. On peut voir, du reste, par le nombre de fois où la pleurésie accompagnait la pneumonie (*anatomie pathologique*, 3° mém.) comparé à celui où existait le point de côté, que celui-ci manque dans beaucoup de cas où la plèvre est cependant enflammée, même dans une grande étendue. D'autre part, le point de côté, quand il existe au début, cesse le plus souvent au bout de quelques jours pour être remplacé par la simple gêne dont nous venons de parler; mais quelquefois (et cela a lieu le plus souvent quand la maladie doit revêtir plus tard le caractère typhoïde), la douleur, quoique diffuse, augmente considérablement par la plus légère pression, celle même exercée sur les seins. C'est alors qu'on la voit quelquefois s'étendre jusque dans la fosse iliaque.

B. *Dyspnée.* Très-souvent les malades ne se plaignent pas de difficulté de respirer, et il peut arriver que dans ces cas les mouvemens du thorax n'éprouvent réellement aucune modification. D'autres fois ils sont très-irréguliers; d'abord faibles, lents, ils deviennent tout à coup accélérés et élevés. Quelquefois le thorax se meut à peine; d'autres fois, au contraire, bien que les malades n'accusent point de dyspnée, la poitrine est agitée, et la physionomie exprime l'anxiété et l'anhélation. L'absence plus ou moins complète de la dyspnée a lieu surtout dans la pneumonie du lobe inférieur; mais il en est autrement dans celle du lobe supérieur; souvent alors c'est une véritable asphyxie; la face est violacée, etc. Cette orthopnée avec jactitation s'observe dans la pneumonie du lobe supérieur droit, comme dans celle du lobe supérieur gauche; toutefois elle a lieu bien plus souvent, et en général elle est bien plus prononcée dans ce dernier cas. On voit cependant des pneumonies du lobe supérieur tout à fait *latentes.* L'haleine porte quelquefois une odeur manifeste de pus dans le 3° degré.

C. *Toux.* La toux mérite chez le vieillard plus d'attention que chez l'adulte. Elle existe le plus communément; mais souvent elle est si faible que les malades mêmes n'y font pas attention. Quelquefois elle se borne à deux ou trois secousses dans toute une journée. Tantôt elle ne diffère pas de la toux de la bronchite; tantôt elle prend un caractère spécial qui peut acquérir beaucoup d'importance dans des cas de diagnostic obscur. A chaque effort de toux, le thorax ne se soulève pas par plusieurs grandes secousses consécutives, et précédées d'une large inspiration, comme cela a lieu dans la bronchite; la toux se fait par une ou plusieurs petites saccades brusques, convulsives, sans inspiration préa-

lable. Au début son timbre est aigu, argentin, et n'offre rien de particulier; mais bientôt elle devient grasse, et un gargouillement se fait entendre à chaque éclat dans l'arrière-gorge.

D. *Expectoration.* Les caractères de l'expectoration, tels qu'on les observe dans la pneumonie chez l'adulte, s'observent très-rarement chez les vieillards; souvent elle manque absolument, et souvent encore, quand elle existe, ce n'est que pour de courts instans; sa suppression est rapide et même brusque dans beaucoup de cas.

L'expectoration sanguinolente a été constatée : 1° dans quinze de nos quarante-neuf cas de pneumonie *vésiculaire;* encore dans deux de ces cas s'agissait-il seulement d'une couleur légèrement *fauve*, et dans plusieurs autres le sang n'avait paru dans les crachats qu'à une époque avancée de la maladie; dans quatre cas l'expectoration ne fut pas examinée; dans trente cas les crachats n'offraient pas de traces de sang. 2° Dans deux de nos dix-huit cas de pneumonie *intervésiculaire*, deux fois on n'a rien noté sur l'expectoration, et quatorze fois on s'est assuré que les crachats n'étaient pas sanguinolens. En résumé, en extrayant de nos soixante-sept observations détaillées avec autopsie les six cas dans lesquels les matières expectorées n'ont pu être examinées, il en reste soixante-un sur lesquels dix-sept fois seulement les matières ont été sanguinolentes.

Mais en examinant le rapport de ce signe avec la forme *aiguë* ou *latente* du début de la pneumonie, nous trouvons que l'expectoration était sanguinolente :

Dans	11 cas	avec début *aigu.*
Dans	5 cas	avec début *latent.*
	16	

Dans le dix-septième cas le début ne fut pas observé.

Quand les crachats ne contiennent pas de sang, ils sont le plus ordinairement grisâtres, opaques, verdâtres, etc.; et à mesure que la maladie fait des progrès, en même temps que les crachats diminuent de quantité, tantôt ils ne changent pas de caractère, tantôt ils deviennent puriformes. Les crachats transparens et visqueux sont extrêmement rares; quelquefois, rendus blancs et grisâtres, ils deviennent en quelques heures d'un beau jaune d'ocre, sans altérer les vases qui les reçoivent; d'autres fois ils altèrent très-promptement ces vases *de cuivre* et prennent l'apparence rouillée.

Quand les crachats contiennent du sang, ils prennent différens aspects : tantôt le sang constitue la plus grande partie des matières expectorées; la pneumonie peut être dite *hémorrhagique;* elle s'observe fréquemment en mars et avril; tantôt c'est une *purée* épaisse, rosée, homogène; d'autres fois ce sont des flocons gris, plus ou moins isolés, au milieu d'un mucus filant, tachés de sang à leur surface, comme s'ils l'eussent ramassé à la surface des bronches en les traversant.

D'autres fois ce sont des mucosités plus ou moins épaisses, inégalement mêlées de sang, dont la combinaison intime n'est jamais parfaite.

Les crachats sanguinolens, ceux surtout de la dernière espèce, cessent ordinairement à mesure que la maladie fait des progrès; le plus souvent alors, ou l'expectoration cesse entièrement, ou elle devient purulente : quelquefois cependant elle prend la teinte uniforme du chocolat, ou le caractère du *jus de pruneaux*. Il peut se faire que dès le début des crachats aient l'un ou l'autre de ces aspects. On observe le premier dans le cas où il existait préalablement un catarrhe chronique *muqueux*, et le second dans le cas de catarrhe *pituiteux*.

Pour étayer notre observation d'expériences directes, nous avons pris la matière de l'expectoration dans ces deux variétés du catarrhe chronique, et les avons, chacune isolément, mélangées avec du sang provenant de saignées de bras. Le résultat de ce mélange nous a donné un produit d'une identité complète avec les deux espèces de crachats que nous signalons.

Ici se termine ce que nous avons à dire sur les signes rationnels de la pneumonie chez les vieillards. Nous ferons ressortir combien ces signes concordent, ainsi qu'il était permis de le prévoir, avec ce que nous avons exposé dans nos précédens mémoires des divers états anatomiques et physiologiques propres à l'appareil respiratoire à cet âge, de même que des lésions pathologiques. Cet accord est surtout marqué sous le rapport de l'expectoration. La bronchorrhée, pour ainsi dire normale chez les vieillards, devait en effet imprimer un caractère tout spécial au crachat pneumonique, et modifier ce signe *si important* pour le diagnostic chez l'adulte. Les différens accidens de la dyspnée et de la toux ne sont pas moins en rapport avec la disposition anatomique particulière aux diverses pièces du thorax, et déjà nous les avions fait pressentir (Voy. not. 2. *Mémoire sur la respiration des vieillards. Arch.*)

2° *Signes physiques.*

Ier *Degré.* — *Auscultation.* — L'invasion de la pneumonie vésiculaire chez le vieillard est annoncée généralementpar les signes suivans.

Dans les cas ordinaires, le bruit respiratoire est faible, rauque, comme avorté, dans le point où se développe la pneumonie; ou bien, au contraire, il est plus fort, et de suite il prend le caractère bronchique; ou bien encore il est alternativement fort et faible. Nous rappellerons ici les irrégularités du mouvement respiratoire des vieillards (Voy. *Mémoire sur la respiration des vieillards.*)

Lorsque le bruit respiratoire est fort, il s'accompagne constamment de râles sonores souvent très-intenses. Plus tôt ou plus tard il se déclare d'autres râles.

Le râle *crépitant*, tel qu'il s'entend chez l'adulte, est extrêmement rare. Les bulles qui le composent sont presque toujours plus grosses, plus larges et surtout plus humides. Il acquiert par fois un timbre grave; alors il est plus sec et se rapproche davantage du bruit du parchemin froissé entre les doigts. Qu'on se rappelle l'ampleur des cellules pulmonaires due à la raréfaction

sénile du parenchyme, et l'on comprendra aisément la modification qu'éprouve ici le râle *crépitant*, si l'on admet que ce râle est produit par le passage de l'air à travers des mucosités ; or, cette opinion nous semble incontestable d'après ce que nous avons observé, et ce qui demeure établi pour nous relativement au *siège* et *à la nature de la granulation pneumonique* (*V*. 3[e] Mémoire) ; elle cadre d'ailleurs très-bien avec la facilité qu'ont les différens râles du premier degré à se remplacer les uns les autres chez le vieillard. Il est aisé de prévoir aussi que c'est dans les poumons de notre *premier type* que doit se produire le râle crépitant le plus analogue à celui de l'adulte ; c'est, en effet, ce qu'on constate.

Mais le plus souvent le premier degré de la pneumonie ne donne lieu qu'à un râle muqueux qui occupe une plus ou moins grande étendue. C'est quelquefois un véritable gargouillement dû à l'abondance des mucosités que sécrète habituellement la muqueuse bronchique, et qui se trouve encore augmentée par le fait même de l'inflammation, et la difficulté ou le défaut de l'expectoration. C'est, du reste, principalement dans les poumons du 2[e] et du 3[e] types que cette forme de râle s'observe. Quelquefois dès cette époque, chez les vieilles femmes de notre 2[e] catégorie, nous avons reconnu, à la racine du poumon malade, un véritable *souffle tubaire* qui disparaissait d'un moment à l'autre pour faire place à la respiration naturelle, et ainsi de suite alternativement, et à l'autopsie nous avons plus d'une fois rencontré le poumon parfaitement sain à cet endroit. Ayant examiné comparativement sous ce point de vue, de vieilles femmes bien portantes, nous avons positivement constaté que cette intensité du bruit respiratoire n'était aucunement en rapport avec la manière dont l'air traversait la gorge ; car chez ces dernières femmes, quelque fût le bruit guttural, le bruit respiratoire bronchique restait le même.

Cette facilité avec laquelle se produit le souffle tubaire chez les vieillards, s'explique par la largeur des canaux bronchiques ; et chez les individus de la deuxième catégorie l'atrophie du parenchyme qui s'affaisse sur la colonne vertébrale, et rapproche de plus en plus sa surface de la racine de l'organe, rend compte de cette particularité, que c'est en ce point surtout que retentit le bruit respiratoire. Quant à cette circonstance, que même dans l'absence de tout engorgement à ce niveau, le souffle tubaire s'y manifeste avec intensité, il nous a paru naturel d'en trouver la raison dans la respiration supplémentaire qui s'opère alors que la congestion sanguine envahit les points circonvoisins, d'autant plus que cet envahissement est rapide et toujours étendu dans les poumons des vieillards. Nous appelons l'attention sur ce mode spécial de la *respiration supplémentaire* chez les vieillards, mode qui n'a point, que nous sachions, été signalé encore, et qui doit être bien connu pour éviter des erreurs fréquentes de diagnostic.

Il est un autre mode de respiration supplémentaire que nous devons indiquer, et qui ressort également de l'organisation, mais qui ne s'observe que chez les sujets dont les poumons appartiennent à notre premier degré. Comme nous l'avons dit, le bruit respiratoire normal, dans ces cas, a de l'analogie avec celui de l'adulte, mais il en diffère encore par son ampleur, son éclat, etc. (*V*. 2[e] Mémoire). Lorsqu'une pneumonie vient à se déclarer chez les sujets de cette catégorie, la suractivité que prend le mouvement respiratoire pour suppléer, par sa fréquence, à la diminution de l'espace où l'air pénètre, change le bruit pulmonaire dans les points perméables, et lui donne alors entièrement le caractère de la respiration vésiculaire de l'adulte. Ce mode de respiration supplémentaire ne mérite pas moins d'attention que le premier.

2[e] *Degré*. — Il arrive beaucoup plus rarement chez le vieillard que chez l'adulte, que l'oreille appliquée sur le lieu de l'hépatisation n'entende absolument aucun bruit. Le souffle tubaire est à peu près constant. Il s'accompagne souvent de gargouillement ou de craquemens, parfois d'un bruit de frottement analogue à celui qu'on produit en tournant l'embout du sthétoscope dans l'évasement qui le reçoit. C'est dans ce degré que le souffle tubaire *supplémentaire* s'entend avec force à la racine du poumon, et que, mêlé à un râle muqueux abondant, il peut simuler une caverne largement creusée dans le parenchyme.

Le retentissement de la voix au niveau de l'hépatisation du poumon, n'est point aussi constamment lié au souffle tubaire chez le vieillard qu'il l'est chez l'adulte, ce qui tient certainement chez beaucoup de sujets à la faiblesse de la voix naturelle. Souvent aussi nous avons remarqué que le retentissement de la voix, comme celui du bruit respiratoire, n'avait pas son plus haut degré de force sur le point malade, mais immédiatement au-dessus, et cela principalement encore à la racine des poumons dans la pneumonie du lobe inférieur. Enfin le retentissement de la voix, quand il existe, se rapproche ordinairement beaucoup plus de l'égophonie que de la bronchophonie. Déjà nous avons fait remarquer (2[e] Mémoire), que la voix de beaucoup de vieillards (femmes), était naturellement égophone.

3[e] *Degré*. — Les signes du troisième degré se confondent le plus souvent avec ceux du deuxième ; mais quelquefois aussi le souffle tubaire, le retentissement de la voix diminuent à mesure que la pneumonie fait des progrès. Souvent alors, en même temps, le râle muqueux devient de plus en plus abondant, et son gargouillement se fait entendre dans toute la hauteur du thorax non-seulement du côté malade, mais encore du côté opposé.

Dans un de nos deux cas d'abcès, nous avons constaté le gargouillement uni au souffle tubaire jusqu'à la fin. Dans l'autre cas, il y eut d'abord craquement, bruit de frottement, puis gargouillement au niveau de l'abcès, ensuite tout cela cessa, et les dix derniers jours on n'entendit plus rien, sauf quelques râles sonores par intervalles. L'abcès ne communiquait pas avec les bronches au moment de l'autopsie, ce dont nous nous sommes assurés par des injections.

Nous avons vu des pneumonies, chez nos vieillards, traverser toutes leurs périodes, sans donner lieu à aucun râle. Alors ou bien l'on n'entendait rien, ou bien le bruit respiratoire était très-fort et pur. Nous avons recueilli un fait de ce genre, même dans un cas de pneumonie de tout un lobe (supérieur droit), et l'auscultation a été pratiquée jusqu'à l'instant de la mort. Des observations semblables ont déjà été faites; il faut sans doute admettre, comme on l'a dit, qu'alors le bruit respiratoire du côté sain s'est propagé par le poumon induré.

Tout ce que nous venons de dire des râles bruyans et variés qui se développent pendant le cours de la pneumonie, et qui n'occupent pas seulement le niveau des points malades, mais encore se propagent au loin dans toute l'étendue de l'organe, suffit pour démontrer combien, plus souvent que chez l'adulte, la pneumonie des vieillards peut être masquée et rester *latente* dans ses degrés les plus avancés.

Les rapports qui lient le cœur et les poumons chez les vieillards, établissent entre ces organes une solidarité physiologique et pathologique bien plus marquée que chez l'adulte, et qui n'a pas été assez étudiée.

Quel que soit le poumon malade, les bruits du cœur éprouvent fréquemment une modification sensible; la force et l'éclat des battemens augmentent. Dans quelques cas nous avons vu un bruit de soufflet naître et cesser avec la pneumonie,

Quand elle occupe le bord antérieur, qui, dans l'état normal, chez nos vieillards de la première catégorie (*V.* 1.er Mémoire), se prolonge au-devant du cœur et le recouvre en partie, ce bord induré s'interpose quelquefois entre le cœur et les parois thoraciques. Alors un râle muqueux ou crépitant se fait entendre d'abord autour du cœur, et un fait digne d'attention, c'est que ce râle n'a lieu quelquefois qu'à chaque battement. Les bruits du cœur diminuent, puis cessent enfin plus ou moins complétement. Dans ces cas le pouls est filiforme et très-irrégulier, les jugulaires sont gonflées, l'angoisse est considérable; c'est ce que nous avons constaté, surtout dans deux cas remarquables.

D'autres fois le cœur n'est pas recouvert, mais repoussé à droite, gêné dans ses mouvemens; ses battemens diminuent de force, ses bruits sont étouffés.

Dans un cas, à chaque mouvement du cœur, l'oreille sentait une sorte de *vibration*, *immédiatement sous elle*, dans toute la partie supérieure et antérieure gauche de la poitrine; le choc était communiqué par l'induration du lobe supérieur.

Enfin, dans un cas de pneumonie du lobe inférieur gauche, le cœur fut porté en avant, au point qu'il semblait à chaque battement que cet organe venait s'appliquer immédiatement contre l'oreille; ce n'était point un choc, mais un simple mouvement de soulèvement.

Percussion. — Les mécomptes du diagnostic auxquels pourraient entraîner les résultats de l'auscultation, font qu'on doit attacher beaucoup d'importance à la *percussion* dans la pneumonie des vieillards.

Dès avant l'hépatisation, le son est déjà plus modifié que chez l'adulte; mais cette modification est relative, et l'on doit souvent considérer chez les vieillards, comme obscur, un son thoracique qui serait clair chez l'adulte, (1.er Mémoire). Par la même raison, l'hépatisation ne donne pas toujours lieu à une matité absolue, principalement quand elle siége à la partie antérieure et supérieure de la poitrine. En arrière, la matité est toujours beaucoup plus prononcée. Au reste, il importe de tenir compte des degrés variés de sonoréité des divers points du thorax chez les vieillards, degrés que nous avons déjà indiqués (*loco citato*): nous n'avons pas à y revenir. Nous nous bornons maintenant à ces faits généraux; mais l'auscultation a d'ailleurs son utilité spéciale dans certaines circonstances données que nous indiquerons à l'article du *diagnostic*.

Tout ce qui précède s'applique également aux deux formes de pneumonie *vesiculaire* et *intervésiculaire;* seulement la pneumonie *intervésiculaire* se distingue de l'autre par certaines particularités que nous allons indiquer brièvement. Nous devons ajouter que, vu le petit nombre de faits que nous possédons encore, nous ne faisons ici que signaler notre observation, sans autre prétention.

1° L'expectoration, surtout *sanguinolente*, manque le plus souvent.

2° Il en est de même du point de côté. Sur nos 18 cas nous ne l'observons que deux fois. Dans l'un le début fut *latent;* dans l'autre il fut *aigu*. Or, si l'on rapproche ce fait du nombre des cas dans lesquels la pleurésie a existé avec la pneumonie intervésiculaire, on verra que la première phlegmasie peut encore exister ici sans provoquer le point de côté (1).

3° La dyspnée est le plus souvent nulle.

4° La maladie s'annonce ordinairement par la diminution du bruit respiratoire et par des râles sonores, ou bien un râle muqueux qui devient *serré* dans un point circonscrit. Nous avons constaté le râle *crépitant* limité, là où à l'autopsie nous n'avons trouvé que l'imperméabilité planiforme.

Dans les degrés plus avancés, le plus souvent même, quand a existé le râle *crépitant,* on n'entend plus qu'un murmure sourd et rauque. D'autres fois, il est remplacé par un souffle tubaire bien tranché, soit permanent, soit passager, comme dans la pneumonie vésiculaire. Le gargouillement au niveau de la racine des poumons est à peu près constant.

Rien de spécial relativement à la percussion.

(*La suite à un prochain numéro*).

---

(1) Lors de la publication de notre troisième Mémoire, nous n'avions pas retrouvé la note sur l'état de la plèvre, dans la pneumonie intervésiculaire. Nous en placerons ici l'indication. Sur nos 18 cas, six fois il n'est pas fait mention de la plèvre; mais sur les douze autres, six fois il y eut des fausses membranes récentes, et six fois la plèvre a été trouvée intacte. Nos deux cas de *point de côté* sont compris dans les six où la pleurésie était manifeste. Nous ajouterons l'existence de la pleurésie comme une preuve de plus de la nature inflammatoire de cette pneumonie.

Réflexions sur l'œdème considéré comme symptôme dans la gangrène spontanée; par M. A. Godin, interne à l'hôpital Necker, membre de la Société anatomique.

Il est bien établi aujourd'hui que la cause la plus fréquente, sinon la cause constante, des gangrènes dites spontanées, réside dans les vaisseaux sanguins. Mais on est loin d'être aussi instruit sur le rôle respectif des deux ordres de vaisseaux, dans la production de cette affection et de ses divers phénomènes. Presque tous les auteurs, n'étudiant que les modifications apportées à la circulation artérielle, ont négligé complétement les altérations des veines; aucun du moins n'a suffisamment apprécié l'influence de ces vaisseaux sur la production des phénomènes qui ont précédé, accompagné ou suivi la maladie. La comparaison des deux observations suivantes, soit entr'elles, soit avec les autres observations publiées jusqu'à ce jour, pourra peut-être servir à éclairer ce point de pathologie.

Obs. Ire. — *OEdème du membre inférieur gauche; gangrène spontanée des orteils de ce côté; ossification de quelques points du système artériel, en particulier de l'artère tibiale postérieure gauche; oblitération de la veine crurale du même côté.*—La femme Duvinage, âgée de 73 ans, est entrée depuis peu de temps à la Salpêtrière. Elle exerçait auparavant la profession de marchande de vins. Elle est depuis trois ans sujette à des dévoiemens avec quelques alternatives de constipation. Depuis longtemps aussi elle tousse et crache beaucoup; mais pas de sueurs, aucun signe rationnel de maladie du cœur. Il y a trois mois que cette femme porte une affection du genou droit, qui, consécutivement, a déterminé une tuméfaction, puis une ulcération des ganglions de l'aine de ce côté. A son entrée à l'infirmerie, salle Saint-Thomas, n° 26, le 7 mai 1835, la jambe *gauche* est un peu tuméfiée; la jambe *droite* est le siége d'un érysipèle œdémateux qui est combattu avec succès par les onctions mercurielles. Bientôt il se déclare du côté *gauche* une douleur dont le trajet répondant à celui des vaisseaux fémoraux, est indiqué avec la main par la malade. Pendant quelques jours on eut recours à un liniment opiacé. Le 12 ou 13 mai, apparut une tache rouge de vin sur la face dorsale du pied, en arrière du troisième orteil. Consécutivement il se forma une phlyctène sur cet orteil, et plus tard, sur les deux derniers, une sérosité noirâtre vint soulever l'épiderme. L'artère crurale à l'aine est dure, et donne la sensation d'un cordon résistant et ossifié. Cependant on sent les battemens qui parfois donnent lieu à une espèce de frottement. On ne peut découvrir rien de pareil dans le reste du membre qui est œdématié. On continua l'emploi du liniment opiacé, auquel on joignit à l'intérieur de l'extrait gommeux d'opium, jusqu'à la dose de trois grains, sans amélioration notable.

Le 30 mai, dans la crainte d'une artérite, on fait appliquer des ventouses scarifiées dans le jarret et à la partie interne de la cuisse. Le 30 mai et le 1er juin, les douleurs continuent, mais la maladie ne paraît pas faire de progrès. Le 2 juin, soif, pas d'appétit, langue rouge à la pointe, bouche mauvaise, vomissemens après l'ingestion des alimens, point de douleurs à la région épigastrique, dévoiement comme d'habitude; battemens du cœur un peu sourds, assez peu fréquens. Noirceur de l'ongle du troisième orteil. Les phlyctènes et les taches ne se sont pas étendues.

Les jours suivans, légère rougeur teinte fleur de pêcher, à la région des trois derniers orteils; tache d'un rose plus tranché à la base du quatrième. La chaleur de ces parties semble égaler celle des autres parties du corps. OEdème considérable du membre. (Frictions avec l'oxymel scillitique).

Le 13, l'escarre du cinquième orteil commence à se détacher. (Pansement avec le styrax).

Les jours suivans, l'œdème diminue; il est même presque complétement disparu le 20; un cercle rouge se prononce, trace la limite entre la partie mortifiée et la partie saisie du troisième et du quatrième orteils. On voit bien encore quelques taches rosées peu nombreuses sur le pied, mais les douleurs ressenties auparavant le long de la cuisse ont disparu. Pendant cette amélioration locale les symptômes du côté du tube digestif redoublent d'intensité; d'abord calmés, ils reviennent bientôt par l'imprudence de la malade; les vomissemens et le dévoiement répétés l'affaiblissent; elle succombe le 27.

De même que dans l'observation, je retrancherai dans la description des résultats de l'*autopsie* beaucoup de détails inutiles au sujet qui m'occupe. (Elle fut faite 27 heures après la mort).

Maigreur considérable. Les jambes ne paraissent pas infiltrées. Les orteils présentent le même aspect que pendant la vie.

Le cœur est gorgé de sang, ainsi que la partie supérieure du système sanguin. Son volume est normal: il n'y a pas d'ossification des valvules. L'aorte pectorale offre vers sa crosse une ossification contenue dans l'épaisseur de ses membranes. Quelques ossifications pareilles, une entre autres, d'une longueur d'un pouce et demi, et ne formant pas un cercle complet, se remarquent dans l'aorte abdominale. Ce vaisseau, ainsi que l'artère iliaque primitive et l'hypogastrique, sont à l'extérieur comme ratatinés, et paraissent être revenus sur eux-mêmes. Quelques ossifications peu nombreuses dans l'artère crurale gauche; le sang n'y est pas arrêté. L'artère poplitée au moment où elle se divise offre un petit caillot arrêté sur une ossification. L'artère tibiale antérieure, la péronière examinée jusqu'au pied, n'offrent rien de remarquable, ne sont pas ossifiées et sont perméables. La tibiale postérieure est ossifiée dans une grande partie de sa longueur; quelques intervalles permettent cependant le passage du sang au moyen des anastomoses. L'artère plantaire externe offre aussi quelques concrétions; l'interne paraît libre.

La veine cave inférieure, l'iliaque primitive, contiennent beaucoup de sang noir liquide. Les veines superficielles de la jambe sont très-développées; la veine

crurale (gauche) encore libre au moment où la saphène s'y jette, ne tarde pas à offrir des caillots adhérens à ses parois dans toute son étendue, surtout au niveau des valvules sous lesquelles ils s'enfoncent presque partout. Ces caillots sont rouges, ailleurs jaunes et décolorés; leur face externe, en rapport avec la membrane interne de la veine peut s'enlever par lambeaux rougeâtres, semblables à des portions de fausses membranes. A l'extérieur, ces caillots font paraître la veine noueuse. Les veines satellites des artères de la jambe offrent la même altération. Toutefois leur origine est libre. Les veines et les artères du membre inférieur droit n'offrent aucune lésion. Quelques tubercules miliaires dans les poumons; excavation au sommet du poumon droit. Ulcération de l'estomac à fond cancéreux, etc.

Obs. IIe. — *Gangrène des deux pieds, sans infiltration; cœur et système artériel très-peu développés; rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche.* — Au commencement de mars 1836, entra dans les salles de médecine de l'hôpital Necker, la nommée Debas (Joséphine), âgée de 25 ans, dentelière. Cette femme est dans l'état cachectique le plus prononcé; sa maigreur extrême, l'altération de ses traits, lui font donner, à la première vue, un âge double de celui qu'elle a réellement. Toutefois elle assure n'avoir jamais été malade; jamais non plus elle n'a été grasse, bien qu'elle eût de l'appétit et qu'elle digérât bien. Sa nourriture était saine. La nuit de mars 1835 elle alla à la messe de minuit, et eut très-froid aux pieds. Le lendemain, elle eut des douleurs assez fortes pour la faire crier, et de la rougeur assez vive à ces deux membres à la fois. Elle fut obligée de se mettre au lit. Parfois les accidens semblaient cesser, mais ils ne tardaient pas à revenir. Enfin, sur la fin de février les pieds devinrent noirs; elle appela un médecin qui lui conseilla de venir à Paris. Huit jours après, elle était à l'hôpital, où l'on put constater une gangrène non limitée des deux pieds.

A différentes reprises on pressa sur le trajet des artères crurales, sans que jamais la malade y accusât de la douleur : jamais auparavant elle n'a souffert dans cette région. Les battemens de ces vaisseaux pouvaient être perçus, bien qu'ils fussent peu développés. Ne trouvant pas de raison suffisante de la maladie, le médecin, chargé alors du service de la salle, crut cependant, et malgré l'état cachectique du sujet, devoir faire pratiquer une saignée, tout en appliquant des toniques sur les pieds. Quelques jours après, l'affection commença à se limiter sur le pied gauche; un cercle rosé de bon aspect circonscrivit les parties mortes. Du côté opposé, au contraire, la gangrène continua à s'étendre. La malade fut transférée dans les salles de chirurgie.

Le 19 mars, douleurs vives dans les deux pieds comme pendant toute la durée de l'affection. A gauche, l'escarre est formée par un peu plus de la moitié antérieure du pied; elle est bornée par une ligne rouge de bon aspect, et la suppuration commence à détacher les parties mortes qui sont d'un noir foncé. A droite les trois-quarts du pied sont envahis. La région plantaire, le talon, sont en partie couverts de phlyctènes violettes; le reste est noir. Un cercle violacé, circonscrivant l'escarre, indique l'extension de la maladie aux parties voisines sur lesquelles on remarque déjà le commencement de quelques phlyctènes. Odeur excessivement fétide des parties mortes, malgré le quinquina en poudre et les lotions chlorurées. Les jambes sont maigres, sans aucune infiltration. On sent les battemens de l'artère crurale dans leur moitié supérieure; je ne peux sentir la poplitée.

La malade se plaint continuellement; son visage exprime la souffrance; il est tout-à-fait vieilli. Joues rouges, langue rouge, papilles saillantes. Cette malheureuse conserve encore de l'appétit; elle va tous les jours à la selle sans douleurs; matières un peu liquides. Ce matin elle a vomi ce qu'elle a pris, et a rendu quelques crachats striés de sang; elle ne tousse pas. Les battemens du pouls se succèdent avec rapidité; on peut à peine les compter; un instant après ils se ralentissent, ils sont extrêmement faibles et irréguliers. Les battemens du cœur sont distincts, quoique précipités; pas de bruits anormaux dans la région précordiale.

Un instant après la visite elle pousse des cris, puis s'affaisse. Elle meurt le 20 au matin.

Autopsie 24 heures après la mort. — Aucune lésion dans l'abdomen ni dans les organes qui y sont contenus.

Thorax. Poumon gauche parfaitement sain, à part quelques adhérences filamenteuses; poumon droit un peu engoué à sa partie postérieure; adhérences plus nombreuses, surtout au sommet qui offre un tubercule du volume d'une petite noix, et deux ou trois autres productions de même nature plus petites, mais à l'état de crudité comme la première.

Système circulatoire. Le péricarde est sain; il ne contient pas de sérosité. Le cœur est du volume du poing du sujet, par conséquent très-petit. Le doigt introduit dans l'orifice auriculo-ventriculaire gauche y sent une forte résistance due à l'épaississement cartilagineux de la valvule mitrale dont chaque valve a près de deux lignes d'épaisseur. Le cœur gauche ne contient aucune coagulation. Le ventricule droit, au contraire, contient dans toute sa longueur un caillot en partie embarrassé dans les colonnes charnues, et les tendons qui vont s'insérer à la valvule mitrale. Ce caillot se prolonge dans l'artère pulmonaire; il est recouvert par une membrane mince et transparente qu'on peut détacher de sa surface; il faut exercer de fortes tractions pour le détacher du cœur. Des caillots analogues se prolongent des veines de l'oreillette dans les veines caves. Les orifices du cœur droit sont à l'état normal, ainsi que l'orifice auriculo-ventriculaire aortique. *L'aorte* est à son origine très-peu volumineuse; à peine a-t-elle deux pouces de circonférence, et se rétrécit ensuite progressivement, de sorte que cette circonférence n'a plus même un pouce au-dessous du tronc cœliaque et de la mésentérique supérieure. Les artères iliaques sont également très-petites; les crurales n'ont pas le volume qu'ont ordinairement les humérales chez un sujet de même taille. La tibiale antérieure, le tronc tibio-péronier, n'ont pas trois-quarts de ligne de diamètre

Enfin, les artères péronière et tibiale postérieure, suivies jusque dans la gangrène, n'ont pas plus de la grosseur des articulaires chez un sujet sain. Du reste, ces artères sont parfaitement perméables, et n'offrent à l'intérieur aucune ossification ni couleur morbide. Le système veineux est sain, et ses diamètres paraissent proportionnellement plus considérables que ceux des artères. Dans les parties gangrénées, les altérations ne diffèrent pas de celles que l'on rencontre ordinairement.

Chez ce sujet, la cause occasionnelle (le froid) qui, chez tout autre, n'aurait pas eu d'effet, a suffi pour déterminer la gangrène. Le rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche. par suite duquel le sang arrivait en moindre quantité au ventricule, et par suite, aussi, en moindre quantité à un système artériel déjà insuffisant pour alimenter complétement les parties auxquelles il se distribuait, n'a pas été non plus sans doute étranger à la production de la maladie : toutefois la cause principale doit en être cherchée dans cette espèce d'atrophie du système artériel.

Pour résumer en quelques mots ce que ces deux observations offrent de plus saillant :

Dans la première, oblitération de la veine crurale; œdème du membre inférieur.

Dans la deuxième, système artériel très-peu développé; obstacle au cours du sang artériel; sécheresse de tous les tissus.

Dans les deux, gangrène des extrémités.

Peu importe où siége l'obstacle à la circulation dans un membre; si cet obstacle est assez grand pour arrêter le cours du sang, la mortification en sera la suite. Mais le mécanisme en sera différent suivant qu'il résidera dans les artères ou dans les veines. Dans le premier cas, le sang ne pourra arriver aux parties; dans le deuxième, une fois arrivé, il ne pourra plus en sortir; dans le premier cas, les tissus seront vides de sucs; dans le deuxième, ils en seront abreuvés; dans l'un, il y aura atrophie, sécheresse du membre malade; dans l'autre, tuméfaction, œdème.

La théorie est donc ici parfaitement d'accord avec les deux faits que nous venons de rapporter. Nous allons voir qu'il en est de même des faits publiés par les auteurs, et que dans tous les cas où la cause de la gangrène est dans les veines, il y a œdème : que ce phénomène manque au contraire dans ceux où les artères sont seules malades.

Malheureusement les faits ne sont pas toujours aussi simples, aussi tranchés que nous venons de le supposer. Si, en effet, les altérations des veines et des artères peuvent se présenter isolées, elles peuvent aussi exister simultanément. Il résulte de là que l'on a quelquefois fait une analyse incomplète de la maladie, et attribué à la lésion principale un symptôme qui n'était qu'un épiphénomène, résultat lui-même, d'une complication. Cette erreur a été d'autant plus facile à commettre, que malgré les expériences de Quesnay, malgré les opinions émises par quelques chirurgiens sur la possibilité de la mortification par la ligature d'un tronc veineux, l'espèce de gangrène spontanée causée par une oblitération des veines, a à peine éveillé l'attention des observateurs. Or, ceux-ci n'ayant pas eu l'occasion d'étudier la symptomatologie de ces derniers cas, il n'est pas étonnant qu'ils aient accordé peu d'attention à la lésion des veines dans l'analyse des faits complexes venus à leur connaissance. Nous ne passerons donc à l'étude des cas simples ou compliqués dans lesquels la maladie primitive est dans les artères, qu'après avoir examiné avec soin ceux où la lésion de la veine existe seule, ou est au moins la cause évidente et principale de la gangrène. Ces cas étant rares, comme je l'ai déjà dit, j'ai cru nécessaire de rassembler ici quelques détails.

M. François dut juger d'une grande importance, en tant qu'observation unique, le fait suivant, communiqué très-incomplétement par M. Baffos, à l'Académie royale de Médecine (1). Il s'agit d'une jeune fille qui, affectée d'escarres gangréneuses au pied droit, et de douleurs atroces dans le pied et la partie inférieure de la jambe gauche, succomba, et ne présenta pour toute lésion à l'autopsie que les veines des deux membres abdominaux enflammées, remplies par une sorte de caillot légèrement adhérent à la surface interne des veines, et en quelques endroits de petits points purulens. En 1833, deux observations déjà un peu plus détaillées furent publiées par M. Piorry (2). Dans un seul cas la mort eut lieu. Les artères n'offraient aucune lésion, mais les veines du membre malade étaient oblitérées. Dans les observations de MM. Baffos et Piorry, il n'est point fait mention de l'œdème. Je n'hésiterai point cependant à croire, comme l'a fait M. François pour la première, que ce n'est qu'une omission. Ces deux observations en effet sont rapportées en quelques lignes; leurs auteurs ont seulement voulu signaler une affection rare. Nous sommes d'autant plus fondés à admettre cette opinion, que les expériences déjà citées de Quesnay (3), les recherches de MM. Ribes et Bouillaud (4), ont assez démontré que l'oblitération des veines s'accompagne constamment d'hydropisie du tissu cellulaire, et que, d'une autre part, un fait recueilli avec des détails suffisans par le dernier de ces observateurs, sans parler de celui que nous avons rapporté, est complétement d'accord avec elle.

Voici l'analyse abrégée de ce fait qui avait échappé aux recherches de M. François : Il se développa chez une femme de 36 ans, sujette aux engelures, une phlébite des veines du bras. L'affection parut d'abord bornée à une partie des veines superficielles qui étaient très-dilatées et très-douloureuses. La pression ne produisait pas de douleurs dans l'intervalle des parties affectées. La main et l'avant-bras étaient très-enflés, d'un rouge obscur, et présentaient çà et là des ecchy-

(1) Séance du 12 avril 1827. *Arch. gén.*, T. XIV, p. 113.

(2) *Clinique médicale de la Pitié*, p. 79.

(3) *Traité de la gangrène humide*, 1764, page 103 et suiv.

(4) *Archives*, *Revue médicale*, passim.

moses comme scorbutiques. Plus tard les douleurs s'étendirent jusqu'à l'épaule, et devinrent très-violentes. Vers le quinzième jour, la maladie envahit les autres veines superficielles; la circulation s'arrêta dans la céphalique. Il se forma des phlyctènes sur le dos de la main. La phlébite contina à faire des progrès; il en fut de même de la gangrène qui s'étendit en diamètre et en profondeur dans l'intervalle des veines affectées. A *l'autopsie*, on trouva la peau et le tissu cellulaire sous-cutané de la partie postérieure de la main et du quart inférieur de l'avant-bras gangrénés. La phlébite occupait la plus grande partie des veines du membre, dont plusieurs contenaient une matière analogue à de la lie de vin : l'axillaire elle-même contenaient du pus. » (1)

M. Gendrin, qui rapporte aussi cette observation, établit parfaitement la relation de cause à effet, entre l'arrêt du sang dans les veines et la gangrène. Je ne puis mieux faire que de transcrire ici le passage de cet habile médecin : « On ne peut, dans cette observation, attribuer directement à la violence ni à la nature de l'inflammation des veines, la gangrène des tégumens et du tissu cellulaire du dos de la main, puisque la mortification occupait les intervalles des vaisseaux, mais n'affectait pas ces organes, siége primitif de l'inflammation. N'est-on pas fondé à considérer cette gangrène comme l'effet de l'oblitération des principales veines du membre, d'autant plus qu'elle n'est survenue, ainsi que l'inflammation qui l'a immédiatement déterminée, que quelque temps après la phlébite interne confirmée? L'œdème et l'infiltration du sang par vergetures comme scorbutiques qui ont précédé cette gangrène, sont, comme on sait déjà, l'effet direct de l'oblitérarion inflammatoire des principaux vaisseaux d'un membre. » (2).

Quant à notre première observation, il y avait, à la la vérité, outre l'oblitération de la veine crurale, ossification de quelques points du système artériel; mais je pense que la lésion des veines, considérée comme cause de la mortification des orteils, a tout au plus été formée par l'altération peu considérable des artères. Nous avons vu en effet l'œdème et la douleur, selon le trajet des vaisseaux fémoraux, précéder de plusieurs jours la manifestation de la gangrène; nous avons vu plus tard cette gangrène se borner, en même temps que l'œdème disparaissait et que la circulation veineuse se rétablissait par le moyen des veines superficielles restées libres, et cela sans que la nature de l'affection artérielle eût éprouvé aucune modification.

Notre observation, comme celle de M. Ribes, vient donc pleinement à l'appui de l'*à priori* de M. François. Les veines étaient la cause de la gangrène : un œdème assez considérable avait précédé le développement de l'affection.

Nous allons aborder à présent l'étude des faits beaucoup plus fréquens, et qui presque tous ont été l'objet des travaux des pathologistes, des faits de gangrène par obstacle au cours du sang artériel.

Ce qui me frappa le plus dans la deuxième observation placée au commencement de ce travail, ce qui dirigea même mon attention vers l'étude des gangrènes spontanées, ce fut cette sécheresse extrême de tous les tissus qui semblaient prêts à périr faute de sucs. Je voulus rechercher si ce phénomène avait été observé dans tous les cas. Une première lecture de l'*Essai sur les gangrènes spontanées*, me démontra le contraire. Je vis que non-seulement l'œdème ou la tuméfaction du membre malade avaient été notés dans un certain nombre de faits, mais que bien plus, M. François donnait ce symptôme comme l'un des phénomènes qui précèdent le développement de la mortification. Etonné d'un tel résultat, qui me semblait complétement en opposition avec celui que j'avais tiré des deux faits observés par moi, j'ai dû examiner avec plus de soin les observations renfermées dans cet ouvrage. Je vis alors que ces observations pouvaient se partager en deux classes; l'une où les artères seules avaient été altérés; l'autre, assez nombreuse, dans laquelle, à la lésion principale, s'était jointe consécutivement, mais à un moindre degré, l'oblitération des veines. Sur 26 cas consignés dans le livre de M. François, et dans lesquels les membres malades furent examinés, soit après la mort des sujets soit après l'amputation, j'en ai trouvé huit où, suivant l'expression de l'auteur, il y avait artério-phlébite.

Voici, en quelques mots, quelle fut, dans sept de ces cas (1), la marche de l'affection. D'abord, engourdissement, vives douleurs sans gonflement, puis, apparition de la gangrène qui s'étend avec une rapidité variable; à une époque plus ou moins éloignée du début de la maladie, du cinquième ou sixième jour au troisième mois une seule fois, en même temps que la gangrène, œdème ou tuméfaction qui persiste jusqu'à la mort du sujet, après avoir fait plus ou moins de progrès. Dans le huitième cas (2), où l'on dit qu'il y a phlébite, sans décrire les altérations subies par les veines, il n'est point fait mention du gonflement; mais cette observation, très-courte, est encore incomplète sous plusieurs autres rapports. Cette complication n'est donc pas aussi dépourvue de symptômes propres que le pense l'estimable auteur que je cite. On pourrait déjà, d'après l'examen des faits précédens, affirmer, sans crainte de se tromper, qu'il y a une liaison directe entre l'apparition de l'œdème dans le courant de la maladie, et la transmission de l'inflammation des parois des artères à celles des veines. L'examen des faits de la première classe (ceux où la lésion artérielle existe absolument seule), transforme cette opinion en certitude. Si, en effet, nous exceptons les sept cas précédens, l'engorgement n'est noté que deux fois dans

(1) *Revue médicale*, 1825, t. III, p. 17.

(2) *Histoire anatomique des inflammations*, tome II, p. 79.

(1) *Essai sur les gangrènes spontanées*, obs. 10-11-14-20-21-22-43.

(2) *Loco citato*, obs. 16.



les vingt-six observations que nous analysons. Quant à ces deux derniers faits, dans l'un (1), l'infiltration des jambes, avait précédé dès long-temps la gangrène, et il existait une ancienne maladie du cœur : dans l'autre cas, enfin, l'oblitération des veines n'est pas non plus notée; mais on avait fait l'amputation quelque temps avant la mort, et il ne s'était pas écoulé de sang par ces vaisseaux, dont les parois ressemblaient à celles des artères. Dans ce cas, le seul d'ailleurs qui puisse offrir quelque difficulté, il existait dans l'oreillette droite une concrétion polypeuse ancienne (2)

Dans tous les autres cas, à l'exception des neuf précédens, quelle que soit l'époque où l'on a observé les malades, que l'on ait pris la maladie à son début (3) ou dans ses dernières périodes, nulle part il n'est fait mention de l'engorgement. Dans l'un des cas l'on a suivi le développement de l'affection. On a noté la couleur bleuâtre de quelques veines, mais il n'est point parlé de la plus légère apparence d'œdème. Dans un grand nombre, au contraire, en même temps qu'on note le siége de la lésion dans les artères seules, on indique positivement l'amaigrissement considérable du membre du côté affecté, l'absence de toute infiltration, la sécheresse des tissus, comme dans notre première observation. Enfin, le fait suivant (4) nous offre réunies de la manière la plus curieuse les deux ordres de preuves : il y avait à la fois gangrène spontanée du pied et de la main. Au membre inférieur il survint pendant le cours de l'affection une infiltration considérable; outre la lésion artérielle par laquelle l'affection avait débuté, il y avait oblitération de la veine fémorale. Au membre supérieur, l'artère seule était malade : il n'y avait aucune espèce de tuméfaction.

Il est étonnant, d'après cela, que M. François, généralisant d'après le petit nombre de faits signalés plus haut, ait indiqué l'œdème comme phénomène concomitant de la gangrène par oblitération des artères. Il est probable que ce médecin se sera laissé entraîner en voulant établir une analogie trop exacte entre la gangrène spontanée, et celle qui survient à la suite de la ligature du tronc artériel principal d'un membre, et dans lequel l'œdème est signalé comme un des symptômes précurseurs. Mais en admettant comme sans exception le fait dont il s'agit ici, en admettant que la veine n'ait pas quelquefois été comprise dans la ligature, qu'elle n'ait pas été enflammée dans la plaie, il est clair qu'il y a loin de cette ligature qui anéantit brusquement toute puissance circulatoire dans un membre, à cette oblitération graduelle qui ne fait que ralentir considérablement la circulation, tout en permettant aux anastomoses d'entretenir la vie dans les parties situées entre le cœur et la gangrène. Dans le premier, toute *vis à tergo*, tout mouvement sont détruits; dans le deuxième il en existe encore assez pour ne pas laisser le sang veineux dans une stagnation complète.

(1) *L. c.*, obs. 9.

(2) *Loco citato*, obs. 15.

(3) *Loco citato*, obs. 21-28-29-30.

(4) *Loco citato*, obs. 21.

Il résulte donc de cette discussion, que loin d'être en opposition avec nos faits, ceux de l'*Essai sur les gangrènes* (1) ne font que les confirmer ;

Que, par conséquent, un œdème considérable coïncidant avec le développement d'une gangrène spontanée, indique, sauf les cas d'ancienne maladie du cœur, que l'obstacle principal au cours du sang réside dans les veines ;

Que ce phénomène survenant dans le cours de la maladie à une époque plus ou moins éloignée de son début, annonce l'extension de l'affection au système veineux.

Que l'atrophie, la sécheresse des tissus, est un signe que l'obstacle réside uniquement dans le système artériel.

Ces conclusions, basées sur l'examen rigoureux des faits, ne sont point purement spéculatives. En effet, le traitement ne sera point le même si l'on a affaire à une affection des artères ou des veines. C'est ainsi que M. Piorry ayant à traiter une gangrène spontanée, et pensant, d'après les symptômes, avoir affaire à une lésion des veines, parvint à limiter l'affection et obtint la guérison à l'aide d'une position convenable et d'une compression sagement ménagée. C'est ainsi que dans notre premier fait, sans les graves lésions des organes intérieurs, nous aurions vu la guérison survenir sous l'influence des moyens qui avaient aidé au rétablissement de la circulation veineuse, et facilité la résorption de la sérosité épanchée dans les mailles du tissu cellulaire (2).

(1) Des observations consignées dans divers recueils depuis cet ouvrage, confirment tout ce que nous avançons ; nous avons cru inutile d'en parler ici, les faits rassemblés par M. François étant en nombre suffisant.

(2) La critique à laquelle s'est livré l'auteur du mémoire précédent, n'ôte rien au mérite de l'ouvrage couronné en 1832, par la Société royale de Médecine de Bordeaux (*Essais sur les gangrènes spontanées*, par Victor François, in-8°, 1832. Paris, chez Béchet). Il est rare de voir de pareils ouvrages sortir d'un concours. Mais M. François nous apprend lui-même que dès longtemps il avait fait des recherches sur les gangrènes spontanées. Nous arrivons un peu tard pour donner une analyse détaillée de cet ouvrage, auxquels plusieurs articles du *Dictionnaire en 25 volumes* ont fait des emprunts importans (voyez l'article pathologique des *Artères*). Contentons-nous de donner ici le plan général de l'ouvrage. Après avoir rapporté une série d'observations recueillies par lui ou empruntées aux meilleurs auteurs, M. François étudie les causes de gangrène spontanée, qu'il divise en directes et en indirectes, en causes accessoires portant sur le système nerveux, en causes principales agissant sur le système circulatoire. Il étudie parfaitement le mécanisme de la production de la gangrène, et arrive à ce résultat que la gangrène n'est point une maladie par elle-même, mais bien une terminaison de maladies diverses. Il décrit donc successivement la symptomatologie et les lésions de l'artérite aiguë et de la chronique, les ossifications, la phlébite, etc. M. François rapporte aussi de nombreuses observations de guérison de gangrène spontanée, et fait voir que ni l'opium conseillé par Pott, ni même les saignées employées si souvent depuis Dupuytren, ne peuvent avoir des succès constans. Malgré quelques longueurs dans la rédaction, ce livre est encore et sera probablement longtemps le traité le plus complet et le plus original sur la matière. (*N. du R*)

les animaux nécessité de destruction : depuis le zoophite jusqu'à l'homme, c'est toujours par la destruction que l'être organisé se maintient. Je pense qu'il faudrait une expression plus générale que celle de destruction, pour désigner l'impulsion primitive.

Situation chez l'homme et chez les animaux. — L'organe qui va nous occuper est cette masse, surtout cette partie inférieure du lobe moyen, qui pousse les animaux aux actes nécessaires pour leur alimentation, actes parmi lesquels figure, en première ligne, la destruction. On l'a placé dans une circonvolution allongée, horizontale, couchée immédiatement au-dessus de l'oreille, en avant de l'organe du courage, en arrière du choix des alimens, organes dont le premier est comme son extrémité postérieure, et le second son extrémité antérieure. Il élargit donc la tête au-dessus et tout près de l'oreille, de chaque côté, ce qui est fort sensible lorsqu'il est très-développé.

Les carnivores sont obligés de détruire, puisqu'ils ne vivent que de destruction. Or, les carnivores sont excessivement multipliés; l'homme d'abord est omnivore, par conséquent il est carnivore jusqu'à un certain point, et comme lui, les herbivores opèrent une véritable destruction sur les plantes. Une foule d'oiseaux, une immense quantité d'insectes ne vivent que par la destruction; de sorte que la scène du monde animé, n'est pour ainsi dire qu'une scène de destruction.

Il faut donc qu'il y ait un organe qui préside à ce mouvement général de destruction. Cette destruction se fait avec plus ou moins d'élan, d'impétuosité, suivant les obstacles que rencontre l'animal. Ainsi chez les poissons, où il n'y a pour ainsi dire pas d'attaque, pas de colère, l'organe de la destruction existe, mais il agit froidement. Chez le lion, le tigre, le loup et autres animaux qui sont destinés à attaquer des proies de leur force, même d'une force supérieure, et qui ont l'instinct d'opposer de la résistance, l'organe prend un nouveau degré de développement et d'activité, et il excite la colère qui augmente la force et l'activité de l'appareil musculaire, seconde la ruse, qui se déploie en même temps, et met l'animal dans le cas de terrasser une proie beaucoup plus forte que lui.

Cet organe existe aussi chez l'homme; il se prononce au-dessus du conduit auditif par une circonvolution très-étendue, que vous voyez sur le cerveau-modèle, et qui existe dans tout cerveau. Cette circonvolution est plus ou moins forte suivant l'intensité du penchant à la destruction.

M. Vimont a remarqué que chez les animaux dont le cerveau est allongé, l'organe n'est pas extrêmement saillant, mais il est fort long.

L'idée de cet organe est venue de la comparaison qu'on a faite des animaux carnassiers avec les animaux herbivores, car, en général, les carnassiers ont cette partie plus large que les herbivores.

Impulsion primitive et applications. — S'il est vrai que la destination première de cet organe soit la satisfaction du besoin de nutrition, on peut expliquer pourquoi chez l'homme, où il existe constamment, il n'est pas toujours prédominant; s'il n'est pas exercé, à peine aperçoit-on des traces de son influence. Il peut même être tellement dominé par d'autres organes qu'il semble ne plus exister. Ainsi Gall et Spurzheim ne l'ont presque admis que chez ceux qui en offraient de traces. Toutefois, il est certain qu'il existe chez tous les sujets; mais il est faux qu'il soit toujours développé dans l'homme, comme on l'a avancé il y a peu de temps. On observe de grandes différences dans le volume qu'il présente; on trouve même des nations entières où il est peu prononcé et qui ne l'appliquent pas à la destruction des animaux, tels que les Indous qui ne vivent que de végétaux. Tout au contraire, l'organe se voit toujours développé chez les peuples chasseurs; car, de l'aveu de tous les phrénologistes, le penchant pour la destruction est le principal élément de la passion pour la chasse, et l'on voit ordinairement les guerriers remplacer la destruction de l'homme par celle des animaux, dans leurs momens de loisirs. Il n'y a que du plus ou du moins. La destruction s'applique, comme le courage, à toutes les actions des hommes, en leur prêtant le stimulus de la colère, dont les élans sont modérés par la circonspection et les facultés supérieures. Quand il est excessif chez l'homme, il pousse à la destruction pour le plaisir de la destruction, et cela s'applique même aux objets inanimés. La dévastation des propriétés, la destruction des meubles et des ustensiles les plus nécessaires à l'ennemi, ont toujours marché de concert avec le meurtre dans les invasions des peuples barbares.

Voici ce qu'a écrit de plus remarquable sur cet organe M. Vimont auquel j'aurai fréquemment recours, parce qu'il est le seul qui se soit appliqué à l'étude des animaux sous le rapport phrénologique. Il croit que cette faculté existe chez tous les animaux sans exception; que Gall et Spurzheim ont eu tort de ne l'accorder qu'aux carnivores et aux rongeurs. Il fait l'observation très-judicieuse que l'homme qui possède cet organe, n'est pas toujours obligé de détruire. Ainsi, dans certaines saisons, il répugne aux alimens animaux et préfère les alimens végétaux; il en conclut que cet organe est commun à la destruction des végétaux comme à celle des animaux. M. Vimont fait l'observation très-ingénieuse que l'univers n'est qu'une scène de destruction, et ce fait est généralement admis parmi les naturalistes. Je trouve aussi chez M. Vimont que les actes de plusieurs animaux, qui n'attaquent pas d'autres animaux, ne peuvent se rapporter qu'à cet organe. Ainsi le castor l'écureuil, coupent des branches, des écorces pour se construire des habitations.

On a voulu tourner ces idées en ridicule, même dans une Académie, car les Académies, quoique *savantes*, ne sont pas toujours très-réflexives; elles sont quelquefois plus passionnées que réflexives; elles reçoivent souvent, sur les questions qu'elles ne comprennent pas, des impulsions qui leur viennent tout-à-coup, comme un coup de vent, d'un orateur insidieux, et leur communiquent inopinément une passion très-manifeste pour ou contre la question sur laquelle on délibère, et leur jugement n'est pas toujours conforme à l'expérience et à

la raison. On a donc trouvé ridicule dans une société savante de ce genre, que la destruction des végétaux fût comparée, par les phrénologistes, à celle des animaux. Pour moi, je ne vois pas de motif pour repousser cette idée, si le but fondamental de l'organe est de procurer des moyens d'alimentation, comme cela paraît certain.

Voici des observations qui viennent à l'appui de cette manière de voir. Si on examine la direction du nerf olfactif chez le mouton, un très-gros cordon nerveux, qui est le tronc de ce nerf, vient se fondre dans le lobe moyen, et c'est en effet par l'odorat que le mouton, et autres herbivores, reconnaissent le végétal qui leur convient. Cette opération se fait sous la direction de cette partie du cerveau guidée par le sens de l'odorat. Eh bien! puisque l'on admet chez l'homme un organe pour le choix des alimens, et que l'on place cet organe à l'extrémité antérieure de la circonvolution affectée à la destruction, devrait-on répugner à croire que, plus développé chez les herbivores, cet organe ne devînt plus considérable et ne s'étendît à la circonvolution tout entière; en d'autres termes, que cette circonvolution, qui est couchée horizontalement au-dessus de l'oreille, et qui remplit deux fonctions chez l'homme, n'en remplit qu'une chez les herbivores, celle de distinguer, parmi les innombrables végétaux, sur lesquels se promènent incessamment leurs narines, ceux qui sont propres à les nourrir, et d'en déterminer l'appréhension? C'est une idée que je soumets aux phrénologistes.

Chez les poissons, suivant l'observation de M. Vimont, l'organe existe toujours, mais il a moins d'activité que chez les animaux qui sont obligés de livrer des combats. Chez les oiseaux, il est d'autant plus prononcé qu'ils attaquent des proies plus résistantes, plus fortes; je vous ai déjà fait faire cette observation.

Auxiliaires. — La destruction paraît avoir pour auxiliaires le courage, le besoin d'alimentation ou la faim, qu'on rapporte à l'organe du choix de l'aliment, c'est-à-dire les deux organes qui semblent faire corps avec lui. Personne n'ignore quelles scènes de fureurs la faim a souvent produites sur les navires en pleine mer et dans les plages isolées, où de malheureux naufragés ont été jetés. La faim dispose éminemment à la colère les personnes chez qui l'organe de la destruction se trouve développé, et il faut de puissans motifs et beaucoup de raison pour contenir cette passion. On peut y joindre la ruse, dont l'action s'ajoute fréquemment à celle du besoin de détruire. Enfin l'orgueil et l'envie lui prêtent souvent assistance dans ce temps malheureux où la dévastation se joint au carnage.

Antagonistes. — Assurément, ce sont là des choses bien déplorables; mais l'organe de la destruction ne produit ces effets que lorsqu'il n'est pas entravé dans son action par des organes puissans, capables de donner des impulsions opposées. Ainsi, s'il y a chez l'individu beaucoup d'amitié, beaucoup de bonté, de la vénération, de la conscience, avec une forte intelligence, si les organes de ces facultés ont été exercés, il est très-certain qu'il y aura de grandes puissances qui seront prêtes à arrêter l'organe de la destruction dans son essor. Si, au contraire, ces organes sont déprimés, comme vous le voyez chez tous les scélérats, s'ils ne sont pas exercés, si l'homme a reçu une éducation incomplète, ou même n'a reçu aucune instruction, la prédominance de la destruction produira tout son effet. Alors on détruira froidement, comme vous l'observez chez les peuples sauvages, chez les Arabes qui sont voisins de notre colonie d'Alger. Vous savez avec quel plaisir ils coupent les têtes. Les journaux nous ont parlé d'un Arabe qui, ayant assassiné un Français, lui avait ouvert le ventre, et se plaisait à lui arracher les entrailles et à cracher dessus, en les jetant de côté.

Voilà des traits de férocité extrême. On en trouve d'autres dans l'histoire qui ne sont pas moins propres à inspirer de l'horreur: toutes les tortures qui ont été imaginées par les hommes pour se venger ou pour obtenir des aveux de la part des personnes qu'on soupçonnait de crimes, soit politiques, soit religieux, offrent l'effet du développement excessif de cet organe de la manière la plus effrayante, la plus déplorable, et de l'impuissance des autres sentimens pour le réprimer; on peut avancer hardiment que son plus puissant antagonisme, le seul peut-être sur lequel on puisse compter, c'est le développement et l'exercice des organes de l'intelligence, c'est-à-dire l'instruction, car les excès du pouvoir et ceux du fanatisme sont l'effet de l'ignorance.

Cet organe est excessivement influent sur le caractère. Si les parties latérales du cerveau destinées à la destruction sont modérées en développement, elles donnent une activité convenable au sujet. Lors même qu'elles seraient très-fortes, elles n'auraient pas pour résultat la férocité, si les organes qui peuvent leur servir de contre-poids étaient aussi très-développés. Nous pourrions présenter des têtes de généraux où les organes du courage et de la destruction étaient très-prononcés. Ainsi, vous voyez dans cette tête, à côté de ces deux organes, le développement non moins considérable de la conscience, de l'estime de soi, de la fermeté, de la réflexion. La partie de la bienveillance et celle des affections servent ici à faire contre-poids. Chez les brigands, l'organe de la destruction élargit, avec la ruse et la propriété, les parties latérales de la tête, et presque toujours aussi il y a une dépression dans les organes antérieurs et supérieurs destinés à l'intelligence et aux sentimens moraux, qui, d'ailleurs, ont rarement été cultivés, car la majeure partie des assassins se tire de la classe non instruite. L'exemple de Lacenaire semble faire exception. Nous l'examinerons; je ne vous en ferai pas grace assurément; je ne prétends pas que ce soit une exception réelle. La tête de Lacenaire est soumise aux mêmes lois que nous avons appliquées à toutes les autres.

Défaut. — Un faible développement de l'organe de la destruction produit, dans nos mœurs actuelles, de la répugnance pour toute idée de meurtre et même de violence. Il en résulte la presque impossibilité d'éprouver de la colère et surtout du ressentiment. Mais aussi les facultés supérieures manquent souvent du stimulus nécessaire pour leur donner de l'action. Alors, comme l'a

parfaitement exprimé M. Combe, « l'homme sent, et les autres voient comme lui que son ressentiment manque de force, qu'il est faible, impuissant; le méchant le brave et peut le maltraiter avec impunité. »

Conclusion. — L'organe qui a pour but primitif la satisfaction du besoin de la nutrition imprime une certaine tournure au caractère, et s'associant avec celui du courage, il influe d'une manière extrêmement puissante sur tous les actes de la vie d'un homme; mais il n'agit que de concert avec d'autres organes qui peuvent augmenter ou diminuer son action. Plus nous avancerons dans l'étude de la phrénologie, et mieux cette compensation, cette modération des organes les uns par les autres, vous deviendra sensible.

HUITIÈME LEÇON.

10 *Juin* 1836.

ALIMENTIVITÉ ET BIOPHILIE (1).

Messieurs,

En nous occupant des fonctions du lobe moyen, nous arrivons à deux organes qui ne sont pas encore généralement admis par les phrénologistes, mais qui sont très-probables. Il s'agit de l'*alimentivité* et de l'amour de la vie, *biophilie*.

ALIMENTIVITÉ.

L'alimentivité, expression de Spurzheim, détermine le choix de l'aliment; c'est, à ce qu'on croit, l'organe du sentiment de l'appétit, mais on l'applique particulièrement chez l'homme à la délicatesse du goût, au choix des alimens, à cè qu'on appelait autrefois la gourmandise, et que l'on décore maintenant du nom de gastronomie.

Historique. — Le phrénologiste Combe fut frappé de la terminaison du nerf olfactif, c'est-à-dire du nerf de la sensation de l'odorat qui vient du nez et des fosses nasales, dans les circonvolutions de la base du lobe moyen. Il le vit très-gros, et il remarqua qu'il se fondait dans ce tissu, chez les moutons particulièrement, ce qui est commun à plusieurs animaux herbivores. Il en conclut que cette portion du système nerveux servait au choix de l'aliment. Vous sentez, en effet, que dans un pâturage, dans une prairie, au milieu d'une foule de plantes qui se présentent à la bouche de l'animal qui pâture, il faut qu'il ait une faculté pour distinguer celles qui lui sont nuisibles, de celles qui sont propres à son alimentation; et comme rien ne se fait sans les nerfs, il est nécessaire qu'on admette une portion du système nerveux destinée à cette fonction. Or, comme on a constaté que c'était par l'odorat, dont les ouvertures avoisinent la bouche, qu'arrivait au cerveau de l'animal la perception des différens alimens, on a été porté à conclure que dans cette perception était comprise la faculté de distinguer ce qui convenait et ce qui devait être rejeté. Cela se conçoit très-facilement, et cela est au-dessus de tous les raisonnemens philosophiques, psychologiques *à priori*, qui ne devineraient jamais ce phénomène en observant le jeu intrinsèque de leur *moi*. C'est un fait d'histoire naturelle, comme vous le sentez à merveille.

Cet organe fut admis par un phrénologiste nommé M. Crook, et un autre de Copenhague nommé M. Hoppe, pensa de la même manière, d'après les observations qui lui furent soumises. On fit part de ces observations à Spurzheim, qui admit l'organe, mais le considéra comme douteux; car, messieurs, nous vous présentons la science telle qu'elle est, sans nous enthousiasmer ni pour ni contre chaque opinion.

Situation. — Cet organe est placé dans la fosse zygomatique; c'est cette partie que vous voyez au-dessous de cette arcade osseuse; il se dessine aussi, dans la tête entière, à la partie antérieure du lobe de l'oreille. Il est caché sous le muscle temporal et il élargit la tête d'une manière sensible dans cette région, au-dessous de la constructivité et en avant de la destructivité. J'en ai recueilli un exemple très-frappant chez une femme, dont l'observation a été suivie par un médecin très-distingué, d'une sagacité remarquable, M. Descuret. Cette femme est morte à force de satisfaire son appétit. Elle mangeait la ration de quinze à dix-huit personnes lorsqu'elle était à la Salpêtrière. Rejetée de la Salpêtrière, elle prenait tous les moyens possibles de voler du pain et des alimens. Elle avait, conjointement avec cela, une inflammation de l'estomac, une gastrite. Elle a fini par se retirer du côté de la Glacière, n'ayant plus aucune ressource pour vivre. Là, dévorant toute espèce d'alimens végétaux, toutes les plantes, toutes les racines qui s'offraient à elle, mais privée de la faculté que possèdent les animaux herbivores de distinguer les propriétés nuisibles ou favorables de ces substances, elle s'est gorgée de végétaux malsains, particulièrement de plantes de la famille des renoncules, excessivement âcres et irritantes, et a succombé aux progrès d'une gastrite affreuse. M. Descuret a conservé le crâne qu'il possède, et a fait faire la moulure. Dans cette pièce, l'organe correspond à cette région que je vous montre; c'est la partie antérieure de la même circonvolution qui est réputée l'organe de la destruction, n° 6. Il est presque le double de l'état naturel.

Impulsion primitive. — M. Vimont, que je vous cite souvent, parce qu'il est le seul, à ma connaissance, qui ait fait des observations suivies sur les animaux, parce que d'ailleurs il le mérite par la sagacité dont il fait preuve, a fait sur cet organe des remarques intéressantes. Lorsqu'à peine né, l'enfant cherche le mamelon de sa mère, il obéit, selon lui, à l'influence de cet organe. Je vous ai dit que c'était l'instinct qui pous-

(1) Ces deux organes ne portent point de numéro. Ils ont chacun un X sur la gravure.

sait l'enfant à cet acte; eh bien! voici cet instinct, d'après l'auteur. Le poulet ramasse le grain qui lui convient; le jeune canard court à l'eau, obéissant à l'instinct des localités, et y trouve, en vertu de l'instinct d'alimentation, la boisson et l'aliment qui lui conviennent.

Poussé par cet organe, ajoute M. Vimont, l'enfant exerce encore la succion lors même que le mamelon lui est présenté après qu'il est rassasié. La sensation de la faim n'est donc pas le seul mobile de cet organe, il y a une impulsion extrêmement forte et qui va au-delà du besoin de l'estomac. Et en effet, vous savez qu'on voit certains gourmands qui, séduits par la saveur de mets nouveaux, mangent encore avidement après que leur appétit a été complètement satisfait.

L'homme adulte, placé sous l'influence très-active de cet organe, ne résiste donc pas toujours à la sensation, à la tentation qu'excitent en lui les choses propres à développer, à ranimer son appétit. C'est surtout dans les convalescences, que l'action du sens de l'alimentivité devient prédominante; elle va jusqu'au point de causer une espèce de délire lorsque les convalescens ne sont pas satisfaits, ou qu'on les prive d'un aliment qui avait excité leur convoitise; ils entrent ou dans un mouvement de colère ou dans un état de désolation inexplicable, jusqu'à verser des larmes, état dont ils sont les premiers à rire lorsque leur rétablissement est complet. Assurément il faut une impulsion pour cela, et nous ne pouvons nous en prendre qu'à cet organe.

Tous les animaux vertébrés ont une partie du cerveau affectée au choix des alimens; mais cette partie n'agit pas toujours, sans doute, d'après l'impulsion du nerf olfactif. Chez l'homme ce n'est pas le nerf olfactif seul qui met en action l'instinct de l'aliment; je vous l'ai assez prouvé en vous citant cette malheureuse qui est morte pour avoir dévoré des plantes insalubres. Le sens du goût y contribue, mais aucun de ces sens n'éclaire parfaitement l'homme sur la salubrité ou l'insalubrité de l'aliment : il lui faut l'expérience. L'homme a donc le désavantage d'être moins apte que les animaux à reconnaître, dans le monde extérieur, ce qui convient à son alimentation.

Le développement de cet organe peut avoir pour résultat non-seulement la gloutonnerie, mais encore l'ivrognerie, d'après les phrénologistes; il rend les hommes délicats, suivant les mêmes observateurs, sur la préparation des mets, car ils ont remarqué que les gourmets et les Apicius ont toujours la tête large dans cette région, au-dessus des apophyses et des arcades zygomatiques. C'est aussi dans ce modèle que les représente Brillat-Savarin dans sa *Physiologie du goût*.

M. Vimont pense que les fumeurs très-passionnés doivent ce goût au développement de l'organe qui nous occupe. Il est bon de vous le dire, car tout doit se dire dans un cours comme celui-ci.

C'est un des premiers organes, d'après ce que vous venez d'entendre, qui entrent en action après la naissance, et un de ceux qui persistent le plus longtemps, puisque, comme on l'a noté de tous temps, la passion de la table survit à tous les autres goûts, à toutes les autres passions, dans l'âge avancé. On a remarqué aussi que cet organe était souvent prédominant chez les femmes chlorotiques qui ont le goût dépravé, qui mangent du plâtre et autres choses extraordinaires, chez les fous qui se repaissent d'alimens dégoûtans.

Animaux. — Quant au siége, chez les animaux, voici ce qu'en pense M. Vimont; il le place aussi dans la fosse zygomatique, au-dessous de l'organe de la propriété, en avant de l'organe de la destruction, dont il est une continuation, faisant partie de la même circonvolution et correspondant à la grande aile du sphénoïde; il occupe tout l'espace compris entre une ligne droite tirée de la base de l'apophyse zygomatique par la grande aile du sphénoïde.

Chez les quadrumanes et les quadrupèdes carnassiers, il est très-remarquable, et sa position est la même que chez l'homme; chez les chiens et chez les chats on le rencontre; il existe chez tous les animaux voraces comme continuation et ampliation de l'organe de la destruction; chez les oiseaux on le voit au-dessus et un peu au-dedans de l'angle orbitaire externe. L'auteur cite comme l'offrant très-prononcée, le cormoran, le goëlan, le stercoraire, le canard, tous oiseaux remarquables par leur extrême voracité.

Voilà, messieurs, ce qui concerne l'alimentivité. Nous allons passer à l'autre organe considéré comme douteux, mais qui toutefois commence à se concilier des suffrages. Déjà celui dont nous venons de parler semble avoir cessé de l'être; car quoiqu'on ne lui ait pas donné un numéro, les phrénologistes les plus attentifs l'admettent; je n'en connais pas qui le récusent. Moi j'en ai pour présomption, d'abord cette observation dont je vous ai donné le sommaire, et ensuite quelques autres qui, quoique moins positives, concourent avec l'exploration de plusieurs personnes de bon appétit, à me faire présumer que réellement il existe.

BIOPHILIE.

L'autre organe est l'amour de la vie, qu'on pourrait appeler *biophilie*, dit aussi organe de la conservation, et que l'on définit une impulsion à fuir, sans réflexion, le danger quand il se présente; c'est, ajoute-on, la destination primitive de cet organe. On dit sans réflexions, car, ainsi que j'ai eu l'honneur de vous l'exposer, tous les organes des instincts et des sentimens agissent d'abord sans réflexion.

Historique et impulsion primitive. — Cet organe fut proposé par M. Vimont; je vous parle d'après son ouvrage, car je vous avoue que je n'ai pas fouillé toutes les annales de la phrénologie anglaise, américaine et danoise, pour m'assurer si vraiment M. Vimont en a eu la première idée; mais il l'affirme.

Cet organe n'avait été soupçonné ni par Gall, ni par Spurzheim. Suivant ce dernier, l'amour de la vie devait rentrer dans la timidité, dans la peur; il hésitait néanmoins à prononcer si c'était une qualité négative du caractère opposée au courage, à la destructivité, à la fer-

meté, comme l'avait pensé son maître, ou si elle ne dépendait pas en grande partie de la circonspection, laquelle circonspection était considérée par lui comme l'organe de la timidité. Cette explication suffisait à Spurzheim, que j'ai entendu traiter cette question, pour rendre compte de l'amour de la vie; mais, messieurs, il est tout naturel de penser qu'une faculté qui peut déterminer des mouvemens subits de retraite, de fuite, n'est pas une chose négative; il est donc probable qu'il y a en cela de l'activité. M. Vimont s'est arrêté sur cette question, il l'a prise en grande considération, et je vais vous communiquer ses observations.

C'est, selon lui, une faculté qui se montre de bonne heure chez les animaux. L'auteur cité lui attribue les vagissemens de l'enfant au moment de sa naissance; il prétend qu'une impulsion le pousse à demander, d'une manière vague, qu'on lui épargne la douleur, la souffrance, quelle qu'elle soit. Les cris que jettent les jeunes animaux lorsque quelque chose les effraie, la fuite subite, chez quelques espèces, au moindre bruit, au moindre trouble dans l'air qui les entoure, sont l'expression de cet instinct. Vous sentez qu'ils ne peuvent pas en calculer les suites; mais ils entendent du bruit, ils voient un mouvement extraordinaire qu'ils ne connaissent pas, une figure qu'ils ne peuvent pas juger être leur ennemie, d'après le raisonnement; c'est donc instinctivement qu'ils prennent la fuite. Une foule de jeunes animaux sauvages sont dans ce cas, et même il y a chez les mères un instinct qui y correspond, car lorsque la mère aperçoit un ennemi, à l'instant elle pousse un cri, ce cri est compris par l'instinct que nous décrivons, et aussitôt ses petits se réfugient auprès d'elle; ils se cachent sous l'aile de la poule, ils s'introduisent dans la poche de la sarrigue, car la sarrigue est un animal qui met ses petits au jour à peu près à mi-terme. Ces petits, à moitié développés, sortent, vont au soleil, et s'il survient quelque ennemi, la mère pousse un cri, et à l'instant ces animaux se réfugient dans la poche, et cette poche présente les orifices des mamelons auxquels les petits s'attachent pour sucer le lait. Vous voyez qu'il y a là une organisation toute particulière, une prévision de la nature. On observe chez la femelle, dans le sentiment du danger, un cri dont la signification est comprise, sans raisonnement, par l'organe de l'amour de la vie, et qui porte les petits à se sauver.

Telles sont les observations sur lesquelles M. Vimont a réfléchi, suivant moi, avec beaucoup de sagacité, et jamais la philosophie du moi, du sens commun ou du sentiment transformé, n'aurait trouvé ces faits-là, messieurs; c'est l'observation de la nature qui le découvre. Il faut vraiment une faculté active pour produire des actes aussi subits, aussi prononcés; impossible de les attribuer au défaut de quelque autre faculté, c'est-à-dire à une négation, car la négation, en général, ne produit rien. Ainsi, ce n'est pas la ruse, ce n'est pas la circonspection qui produisent cela; la ruse est autre chose, la circonspection en diffère encore davantage.

Pour la localisation de cette faculté, les premières observations de M. Vimont n'amenèrent aucun résultat; cependant voici, d'après son ouvrage, ce qui lui fournit quelques données. Il étudia les mœurs de plusieurs lapins vivant en communauté; il s'en trouva un qui fuyait au moindre bruit, il le sacrifia, et il examina son cerveau; la partie inférieure et interne du lobe moyen fut trouvée double de ce qu'elle était chez les autres lapins auxquels celui-là avait été comparé.

Il faut maintenant vous montrer l'organe, d'après cet auteur. Voilà la destruction, voilà l'appétit ou choix des alimens, puis au-dessous vous voyez un groupe qui forme la base du lobe moyen; cette partie lui paraissant plus développée de moitié qu'elle n'était chez les autres lapins, il confronta ce cerveau avec celui d'autres animaux qu'il conservait dans l'alcool, et remarqua la même conformation chez tous ceux qui avaient manifesté cette tendance à fuir promptement le danger.

Voici maintenant les observations qu'il a faites chez les quadrumanes et chez les principaux quadrupèdes. Chez les singes, les renards, le chat, la martre, le putois, la marmotte, le lièvre, le blaireau, cette portion du cerveau est très-développée. Ce sont tous des animaux qui pour un rien prennent la fuite. Chez le cerf et le chevreuil il fit la même observation.

Quant aux oiseaux, cette partie forme chez eux une masse arrondie à la région postérieure et inférieure de chaque hémisphère, au-dessus des tubercules bijumeaux, qui représentent les tubercules quadrijumeaux de l'homme, au moins la partie la plus reculée; il remarqua que cet organe répond à la région de la base du crâne, placée au-dessous de la cavité qui loge les tubercules bijumeaux; il observa l'organe chez les oiseaux de proie, qui se laissent si difficilement approcher, surtout ceux de nuit. L'organe de la fuite du danger peut donc s'allier avec celui de la destruction. En effet, un animal peut être cruel, vorace, et en même temps extrêmement sauvage, disposé à s'enfuir lorsque l'objet qui vient frapper ses sens n'est plus sa proie, mais un ennemi qui peut lui causer du dommage; il sent cela instinctivement et se sauve. On pourrait alléguer que le caractère sauvage de ces oiseaux tient à la circonspection; mais la circonspection observe dans l'intérêt de tous les organes, et les actes qui s'en suivent, varient suivant le but de l'organe qui a mis en jeu la circonscription.

M. Vimont signale aussi le même organe chez les oies sauvages, chez les oiseaux plongeurs, chez les cormorans surtout.

M. Combe n'a parlé de cet organe que dans sa troisième édition, en 1830. Il fut conduit à l'admettre par le chagrin qu'éprouvent quelques individus à quitter la vie. Il y a en effet des hommes qui ne peuvent se résoudre à mourir, d'autres qui s'y résignent sans difficulté, d'autres qui se donnent eux-mêmes la mort. Il faut des raisons pour ces différences. Il est vrai que la position sociale y contribue pour beaucoup. On sait que le riche, l'homme opulent et puissant, quittent la vie avec regret, tandis que le pauvre et le malheureux l'abandonnent souvent sans y penser, et même avec joie. Toutefois

l'organisation cérébrale a toujours son influence et produit souvent des effets contraires. J'ai vu des infortunés regretter la vie, et des riches y renoncer sans peine, au milieu des plus douces jouissances. C'est dans ces cas, exceptionnels en apparence, qu'on étudie avec fruit les influences de l'organisation. Certes, les effets les plus marqués des dispositions sociales n'empêchent pas que l'on ne puisse accumuler ces observations ; et l'on voit qu'elles établissent un rapport constant entre le regret de la vie et le développement de cette partie qui élargit la portion inférieure et latérale et un peu antérieure du crâne.

Situation. — Pour éviter toute erreur dans la reconnaissance de l'organe qui nous occupe, observez bien ce crâne : voilà le trou auditif qui correspond à l'oreille, voici la fosse zygomatique, qui est en avant du conduit auditif, et qui est surmontée par l'os de la pommette qui forme comme un pont traversant cette fosse, et porte le nom d'arcade zygomatique ; c'est donc sous cette arcade, dans cette fosse, sous ce pont osseux que je touche et qui correspond à la partie inférieure de la grande aile du sphénoïde et à une petite portion du temporal, que vous verrez saillir l'organe de l'amour de la vie. Si maintenant vous observez le cerveau, vous vérifierez facilement que l'organe est attribué à une circonvolution qui s'allonge au côté interne de celle que l'on regarde comme l'organe de la destruction, et dont l'extrémité antérieure est celui de l'alimentivité; ce dernier se trouve donc placé à côté de l'amour de la vie, et tous les deux correspondent communément à la fosse zygomatique, à la paroi postérieure de cette fosse, qu'ils rendent plus ou moins saillante. Ces deux organes réunis doivent donc donner une largeur considérable à cette partie de la tête qui répond à l'extrémité postérieure de la pommette. La fosse zygomatique, qu'ils tendent à rétrécir, est remplie par le muscle temporal ou crotaphite ; mais les fibres de ce muscle étant repoussés par ces deux organes lorsqu'ils sont très-développés, le signalement en est possible, puisqu'ils élargissent la tête entre l'oreille et la pommette, qui devient elle-même plus saillante. L'alimentivité se marque davantage dans la partie supérieure de cet espace, et l'amour de la vie dans l'inférieure. C'est ainsi que la gravure les représente par deux XX superposés.

Des observations ont été faites sur des suicides. On a remarqué que les personnes qui se tuent facilement ont la portion qui correspond à la biophilie extrêmement déprimée, ce qui indique un faible attachement à la vie.

M. Dumoustier a recueilli un nombre assez remarquable d'observations à ce sujet, et il croit pouvoir établir, par des faits assez nombreux, que l'organe, en général, est peu développé chez ceux qui se détruisent; il serait au contraire extrêmement saillant chez ceux qui ne pensent qu'à la conservation ; qui sont profondément égoïstes, qui ne s'occupent que d'eux-mêmes : vivre! vivre ! moi ! moi ! c'est leur refrain perpétuel suivant ce phrénologiste. Tels sont, en général, les hypocondriaques.

Voilà, comme vous voyez, deux organes qui sont postérieurs à Gall. Ces organes ayant été observés depuis peu de temps, nous ne pouvons vous en fournir beaucoup d'exemples ; nous nous contentons d'appeler votre attention sur cet objet.

7. SÉCRÉTIVITÉ.

Après ces deux organes, nous avons à vous entretenir de celui de la ruse, suivant l'expression de Gall, de la *sécrétivité* d'après Spurzheim, lequel, ainsi que je vous l'ai dit, s'est attaché à rectifier les dénominations imposées par Gall à divers organes.

Cet organe a été désigné d'abord sous les noms de *ruse*, *finesse*, *savoir-faire*, mots extrêmement significatifs. Il fut observé par Gall ; il a été vérifié par tous les phrénologistes, sans exception. C'est peut-être un des organes sur lequel ils sont le plus d'accord.

Situation. — A la région latérale de la tête, qu'il élargit immédiatement au-dessus de la destruction, laquelle règne, comme vous le savez, longitudinalement ou horizontalement, au-dessus de l'oreille. Voici un des exemples les plus forts de cet organe que l'on possède dans les collections ; c'est celui du Hongrois rusé figuré dans l'ouvrage de Gall. La destruction y est peu saillante, la sécrétivité y est énorme ; elle forme toute la saillie de cette région.

Voici encore un autre rusé ; c'est un voleur sur la tête duquel vous pouvez faire la même observation. La partie latérale de la tête que nous vous signalons est donc un peu au-dessus de l'oreille, et immédiatement au-dessus de la destruction, qui la sépare du conduit auditif. Elle est allongée et horizontale aussi bien que la destruction, parce que l'organe dépend d'une circonvolution allongée, qui est, comme celle de la destruction, dans une direction horizontale. Cet organe élargit donc la tête dans cette région, à peu près à un demi-pouce au-dessus de l'oreille.

Influence primitive. — Ces effets sont la tendance à se cacher. Spurzheim, observant que le mot ruse se prenait toujours en mauvaise part, a eu raison de corriger cette dénomination, de la changer en une autre.

L'impulsion primitive qui lui appartient est, suivant lui, la tendance à se cacher, à se mettre de côté pour observer, à dissimuler, à suspendre la manifestation de ses pensées et des sentimens que l'on éprouve à l'occasion d'une impression quelconque pour mieux réussir dans ses projets. Par conséquent, cet organe doit être considéré comme une puissance de cohibition qui retient d'autres organes ; sous ce rapport, il est analogue à l'organe de la circonspection. Toutefois il doit en être distingué, car il paraît plus destiné à servir l'instinct que l'intelligence. En effet, de l'aveu des phrénologistes les plus attentifs, la sécrétivité inspire les moyens obliques de vaincre les difficultés, bien plutôt qu'elle ne tend à faire approfondir les questions et à perfectionner le raisonnement. L'organe donne plutôt la ruse que la prudence ; car on voit des accusés déployer une ruse extraordinaire dans leur défense, quoiqu'ils manquent de

prudence, de sagesse, et qu'ils soient faibles sous le rapport de la logique. De plus, l'organe empêche la franchise, la manifestation naïve de ce qu'on pense, et tend surtout à faire dissimuler le but qu'on se propose d'atteindre.

Que faisaient les philosophes de la faculté sur laquelle nous dissertons? Ils considéraient la ruse, la finesse, la dissimulation, comme des qualités du moi, des qualités de l'âme, ce qui ne signifie pas grand chose, car on peut toujours demander pourquoi et comment l'âme a des qualités; si elle les tient du hasard, de l'éducation, d'une constitution primitive qui ne saurait vaincre tout cela; enfin quelle notion on doit se faire et quelle preuve on peut donner de ce qu'on voudrait désigner par la constitution de l'âme. On a fait un pas de plus, on a fait un pas immense, quand on a montré l'organe auquel cette disposition correspond. C'était un vice suivant eux, c'était une corruption de la nature humaine; mais, encore une fois, ce vice et cette corruption restaient sans être expliqués.

Application. — Cet organe joue un grand rôle dans l'espèce humaine : chez les voleurs qui sont toujours obligés de dissimuler, comme vous le sentez, c'est une action répréhensible. Chez les comédiens, cet organe joue également un rôle fort important. Cette observation, très-curieuse, n'est pas de moi. Combe surtout fait remarquer qu'un acteur est obligé de se contrefaire, d'affecter des sentimens qu'il n'a pas, par conséquent d'user de ruse pour faire taire les impulsions qui peuvent être prédominantes chez lui, afin d'en mettre d'autres en action. Il faut alors que l'organe agisse de concert avec celui de la mimique ou de l'imitation. Il sert beaucoup aux diplomates, c'est là surtout qu'il triomphe. Il est utile aux courtisans, aux commandans en temps de guerre, car un général ne doit jamais être deviné par ceux qui l'entourent, et doit être impénétrable pour ses ennemis. Mais il faut que cet organe coïncide, comme vous le sentez bien, avec des facultés supérieures : c'est ce que nous développerons prochainement.

L'intelligence peut suppléer momentanément à la faiblesse de cette impulsion. Je dis à la faiblesse, car l'impulsion existe chez tous les hommes, puisque nous avons tous les mêmes organes; mais si celui-ci n'est pas très-fort, l'intelligence peut y suppléer ainsi qu'à la prudence ou circonspection. Toutefois ce ne saurait être, ce n'est pas d'une manière soutenue. Celui qui n'est rusé et prudent que par l'effet de la réflexion, est toujours facile à surprendre, tandis que les personnes chez qui l'organe est extrêmement fort et qui, par conséquent, sont naturellement rusées, se tiennent toujours sur leurs gardes et ne précipitent jamais une action, une parole, un geste. Tout est calculé; une poignée de main, un sourire, tout a sa valeur; vous sentez, messieurs, que cet organe doit jouer un assez grand rôle chez les coquettes. Les intrigans de tout genre s'en servent avec le plus grand succès dans leur intérêt.

Cet organe est donc très-influent sur l'appareil général des organes et sur la conduite des hommes.

Voici maintenant les observations faites par M. Vimont sur cet organe. C'est, suivant lui, une des facultés qui servent le plus à la conservation de l'individu; dans un degré modéré et avec un peu de circonspection et d'intelligence, il constitue ces hommes dont le caractère est pour ainsi dire *percé à jour*. Il ont de la tendance à faire de la ruse, et ils n'ont pas d'intelligence pour aider cette ruse; alors rien n'est si facile que de les pénétrer. Réuni à la circonspection et à l'esprit d'induction, qui réside dans la partie supérieure du crâne, et antérieure du front, cet organe contribue à donner du tact, et forme les caractères éminemment prudens. Notez bien que je dis réuni à la circonspection; car s'il y a peu de facultés intellectuelles, et s'il n'existe pas de sentimens élevés, la sécrétivité produit cette foule de misérables qui peuplent les bagnes.

C'est une grande faute, observe M. Vimont avec beaucoup de justesse, mais il n'est pas le premier qui ait fait cette remarque, de confondre cet organe avec l'intelligence. Il gouverne l'intelligence dans le sens qui lui convient, mais il inspire le scepticisme et tous les mauvais raisonnemens de ces hommes féconds en arguties, qui ne sont que des *finauds* dépourvus de la véritable intelligence: c'est ce qui constitue, à proprement dire, les sophistes, parmi lesquels, pardonnez-moi l'expression, je suis tenté de ranger certains ennemis de la phrénologie.

M. Vimont remarque que les expressions de ruse, finesse, savoir-faire, employées par Gall, n'expriment que des modifications de l'organe, des applications, et que le fond principal, comme l'a fort bien dit Spurzheim, est la tendance à se mettre de côté pour observer et se conduire ensuite suivant les circonstances. Spurzheim est effectivement celui qui a le mieux fait apprécier cette faculté, en la nommant *le penchant à être clandestin* en pensée, en projet, en action.

M. Vimont pense aussi que c'est à tort que le même auteur lui a attribué le penchant qui existe chez quelques animaux à cacher le superflu de leur nourriture. Vous savez que les chiens, les loups, quand ils ont quelque chose de trop, vont le cacher; cela ne doit pas dépendre de cet organe, mais plutôt de celui de la propriété ou d'une impulsion qui n'est pas encore bien déterminée. Du reste, M. Vimont pense qu'il est difficile de rendre les fonctions de cet organe par une seule expression, d'autant plus qu'elle se combine souvent avec plusieurs autres organes.

Auxiliaires. — L'organe dont il s'agit a pour auxiliaire la circonspection, dans laquelle effectivement il se continue, comme l'a très-bien fait remarquer Spurzheim.

Vous voyez dans ces têtes l'organe de la sécrétivité placé au-dessus de celui de la destruction; la sécrétivité porte le n° 7, et vous pouvez vous assurer qu'elle se continue avec un groupe considérable de circonvolutions qui constituent l'organe de la circonspection. Mais suivant les observations des phrénologistes, la circonspection aurait quelque chose de plus relevé; ce serait un sentiment, tandis que la ruse n'est qu'un instinct. Il s'agirait de savoir si l'on n'est pas dupe des mots. Au

reste, je reviendrai sur cette question en vous parlant de la circonspection. Je me renferme présentement dans l'exposition des organes, en suivant l'ordre établi par les phrénologistes, afin de vous faciliter l'étude de cette connaissance; car, si je vous travestissais tout l'ordre établi, vous seriez dans un embarras extrême; vous ne sauriez comment étudier, vous ne pourriez pas choisir vos modèles. Je vous exposerai donc tous les organes, suivant l'ordre admis par Gall, amendé par Spurzheim, par Combe; j'y ajouterai mes propres réflexions à mesure que l'occasion s'en présentera; vous-mêmes, plus tard, vous ferez les vôtres après avoir observé et réfléchi; et la science continuera de marcher.

Antagonistes. — L'organe trouve de l'opposition dans la bienveillance, l'amitié et l'amour des enfans. Il se tait souvent devant les impulsions de ces organes, et ne s'applique qu'aux individus qui ne les excitent pas. Il est encore combattu efficacement par la conscience, l'amour de la justice, car la nature a mis toutes les qualités dans le cœur de l'homme; expression qu'il faut traduire désormais, quand elle est prise au figuré, par celle de cerveau. La colère est un des plus grands ennemis de la dissimulation, car les rusés qui peuvent se posséder savent exciter à propos le dissimulé irascible, pour l'amener à découvrir le fond de sa pensée. Ils n'ignorent pas non plus que le plus sûr moyen d'y réussir est de blesser avec certaines mesures son amour-propre. Mais cette tactique ne réussit pas en tout temps : si ce sujet contre lequel on la dirige parvient à la deviner, et s'il s'exerce et se tient en garde contre ses pareils.

L'instinct porte les hommes à tous ces manéges : on les apprend sans beaucoup d'études, par le simple usage de la vie, lorsque l'on est organisé d'une certaine manière.

Animaux. — Les animaux le possèdent comme l'homme, mais sans réflexion, et avec un faible degré d'intelligence et de toutes les prérogatives qui distinguent l'homme. Chez les singes, cet organe occupe la même place que chez l'homme; chez les carnassiers, les chiens, les loups, le renard, la martre, le putois, il est exactement placé au-dessus de la ligne que décrit l'articulation écailleuse du temporal, au milieu du bord inférieur du pariétal. Chez les herbivores, il est plus étendu, placé plus haut, et beaucoup moins développé. D'après les observations de M. Vimont, il est très-prononcé chez le renard, et vous savez combien notre illustre fabuliste, La Fontaine, a célébré la finesse et la ruse de cet animal. Il est déprimé chez le chevreuil, chez le lièvre; le lapin, l'écureuil, chez la plupart des oiseaux, sans en excepter les frugivores. Les oiseaux exceptionnels, qui se distinguent par leur caractère rusé, ont cette région très-prononcée; mais, ajoute l'auteur, si l'on allait chercher la ruse sur l'os pariétal d'un coq, on commettrait une grave erreur. L'organe manque chez ces animaux. L'assertion avancée par Gall, sur le siége qu'il occupe, paraît donc trop générale.

Dans le genre *corvus*, cet organe est situé à quelques lignes au-dessus de la petite apophyse osseuse placée à la partie la plus reculée du conduit auditif externe, et se prolonge en avant, de plusieurs lignes, chez le grand corbeau. Chez les granivores, on le trouve derrière et au-dessus de l'apophyse orbitaire externe.

8. ACQUISIVITÉ.

L'organe qui se présente ensuite est celui de l'acquisivité, instinct de faire des provisions, instinct de la convoitise, penchant au vol, suivant Gall. Cette expression *vol*, ainsi que je vous l'ai démontré ailleurs, avait nui au système de Gall.

Situation. — La situation de cet organe est à l'angle inférieur et antérieur de l'os pariétal, au-dessus de la partie antérieure de la ruse; il porte le n° 8. Je vous ai déjà cité des exemples très-remarquables de l'acquisivité en vous présentant des têtes de voleurs.

Influence primitive et applications. — Les effets de cet organe sont le désir de posséder, et la tendance à faire ce qui paraît nécessaire à l'intelligence pour arriver à la possession : voilà, je crois, la définition la plus précise que l'on puisse en donner. Vous voyez qu'il est soumis, dans son action, à l'intelligence; que si l'intelligence est forte, l'organe inspirera des moyens dignes d'approbation pour acquérir; que si elle se trouve faible, et que si d'autres instincts dépravés concourent avec celui-ci, les moyens seront coupables. Il est l'origine de la propriété, il est essentiellement dans la nature. Il se trouve également chez les animaux; l'application s'en montre dans la tendance à thésauriser, à amasser les signes et les moyens de toutes nos jouissances, l'or, l'argent, le métal monnayé ou non monnayé.

On pense aussi qu'il ne se borne pas à cette influence, mais qu'il inspire le désir de posséder quoi que ce soit, d'avoir beaucoup en sa possession, attendu qu'à cette possession est attachée une jouissance. Ainsi, son application peut varier : appliqué aux objets d'histoire naturelle, vous voyez cet organe produire le goût des collections considérables auxquelles les propriétaires tiennent beaucoup, comme de raison. Ces collections seront plus ou moins bien disposées suivant les influences de l'organe de l'ordre. Appliqué aux objets d'antiquité, il forme des musées d'antiques, et ainsi de suite. Il est dans la nature; il ne faut le confondre ni avec l'amour de l'habitation, ni avec le choix des lieux ; ce sont deux impulsions différentes. Il s'agit ici du sentiment de propriété, du plaisir de posséder, de dire : Cela est à moi. Ceux qui n'ont pas cet organe à un degré bien considérable n'éprouvent pas le sentiment bien prononcé de cette jouissance; mais ceux qui l'ont, la sentent parfaitement.

C'est encore un organe que les philosophes n'ont pas connu, n'ont pas défini, qu'ils ont placés dans les aberrations de leur être intellectuel, intra-crânien, matériel ou spirituel, fixe ou volatil. Mais nous sommes ici dans l'observation de l'histoire naturelle.

Antagonistes. — Les oppositions à cet organe se trouvent dans l'intelligence qui règle les conditions auxquelles on peut posséder; dans la bienveillance qui inspire le désir de partager ce qu'on possède avec d'autres, afin de leur faire plaisir, par la jouissance que

l'on trouve à faire du bien. Ce sont, comme vous voyez, des impulsions tout à fait différentes, tandis que l'organe dont nous parlons conduit à dire : *Tout pour moi et rien que pour moi.*

La conscience lui sert aussi de correctif ; l'amitié, les affections de famille le modifient ; car beaucoup d'avares sont généreux envers les personnes qui leur appartiennent de près ; d'autres ne sont pas sensibles à cette considération, et vous trouverez chez M. Vimont l'observation, très-curieuse, d'un avare qui, formant une dot pour sa fille, avait porté pour 2,000 francs, une caisse dans laquelle était un rat....., mais un rat pétrifié.

Au reste, le caractère de l'avare décrit par Molière vous rend parfaitement compte de cette impulsion. Il faut la voir quand elle est très-prononcée ; c'est alors qu'elle fait taire tous les autres sentimens ; car l'avare s'humilie, s'abaisse, se prosterne pour posséder. Tout cède à cette impulsion, quand elle est prédominante, quand elle n'est pas assez contrebalancée par les sentimens supérieurs, et quand les moyens dont elle se sert ne sont pas bien jugés par l'intelligence. Chez certaines personnes, le besoin d'accumuler est vraiment insatiable ; de sorte que lorsqu'elles possèdent une somme, un immeuble, elles en veulent posséder d'autres : cela n'a pas de terme.

Il ne faut pas confondre cette passion avec celle de l'ambition, qui veut accumuler les honneurs plutôt que les richesses. Ces deux impulsions existent également dans la nature.

Associations.—De l'association de la sécrétivité avec la ruse résulte un accroissement de la tendance au vol, si les sentimens supérieurs sont en défaut ; et si la destruction s'y joint, cette combinaison produit les voleurs assassins.

On a fait des objections pitoyables contre la phrénologie ; des hommes qui répugnent à la méditation, à cette étude patiente et soutenue d'une question dont vous me donnez ici un si beau et si frappant exemple, ont repoussé, au premier abord, la phrénologie, en s'écriant : « Tous les voleurs, tous les assassins n'ont pas les organes de la propriété et de la destruction prédominans. » Eh ! non, sans doute, mais un organe en entraîne un autre, comme une action coupable a pour conséquence trop souvent nécessaire une autre action plus coupable. Racine a si bien exprimé cette pensée, et ses vers sont si connus, que je ne conçois pas comment cela n'a pas prévenu de pareilles objections :

Quelques crimes toujours précèdent les grands crimes.
Quiconque a pu franchir les bornes légitimes,
Peut violer enfin les droits les plus sacrés ;
Ainsi que la vertu, le crime a ses degrés.

Eh bien ! c'est la nature qui se trouve représentée par ces beaux vers. Un homme commence à voler sans avoir l'intention de détruire, quelquefois pour satisfaire la passion de posséder l'objet de sa convoitise, et sans avoir trop réfléchi aux conséquences ; le plus souvent, pour satisfaire à ses premiers besoins ; car, malheureusement, c'est encore là, vu l'imperfection de l'état social, la principale cause du vol. Il met en jeu la ruse pour réussir. Arrive un moment où sa sûreté se trouve compromise, où il craint d'être découvert, où il a pour perspective la prison, le bagne, la flétrissure ; alors l'organe de la destruction intervient, il tue. Une fois cet organe mis en action, il en prend l'habitude, et d'un homme qui n'était pas né pour la destruction de son semblable, une suite de circonstances malheureuses font un assassin des plus déterminés.

Voilà ce que tout le monde sait parfaitement, et ce que les antiphrénologistes affectent d'ignorer, afin de pouvoir tirer de la mesure des organes de la propriété et de la destruction chez les suppliciés, de pitoyables objections contre la phrénologie.

Voici des voleurs rusés, tirés de la collection de Gall. Voyez le développement de toute cette partie latérale de la tête ; je vous ai montré ces organes chacun séparément. Vous voyez la ruse, le vol et puis un autre organe, la constructivité, chez les voleurs effracteurs, qui les porte à la fabrication des fausses clefs et des autres machines qui peuvent les servir dans leurs projets.

Le courage et la destruction se trouvent quelquefois réunis à la sécrétivité et à la propriété ; c'est alors qu'apparaissent ces masses dégoûtantes de la partie moyenne et latérale inférieure de la tête ; vous pouvez les contempler sur cet assassin ; jamais vous ne trouverez cette partie aussi prédominante chez les honnêtes gens ; car, si les organes qui la rendent si forte sont développés chez eux, l'intelligence et les sentimens supérieurs le sont assez pour leur résister et empêcher cette difformité.

Voici le fameux Lacenaire ; on l'a signalé comme une exception à la règle, cela nous oblige d'en parler. Eh bien, cette tête rentre dans la loi que nous venons de vous exprimer. Voyez la destruction, je vous en supplie ; la saillie qu'elle forme est assurément très-considérable, et paraît encore bien plus sur le crâne que sur le buste. La propriété est forte aussi, mais elle est dominée par la destruction et par d'autres organes. Observez en effet l'amour-propre, la vanité ; ce sont là les organes qui l'ont conduit au crime, plutôt que l'acquisivité. Beaucoup de sujets volent moins pour garder que pour satisfaire leurs passions. Mais comme nous n'avons pas encore étudié les sentimens, je n'exprimerai pas ici tout ce que je me suis proposé de vous dire sur cette tête ; je crois toutefois devoir vous faire remarquer que la distance qui sépare les deux oreilles est très-considérable, le demi-cercle postérieur d'une oreille à l'autre plus large de beaucoup que le demi-cercle antérieur. Cette épreuve montre, en effet, que la masse cérébrale la plus considérable est en arrière, ce qui annonce que les facultés animales dominent les intellectuelles. Quant aux sentimens supérieurs, il y a bien assurément un certain degré de circonspection, mais elle ne domine pas ; ce qui domine, c'est le désir de l'approbation et l'imagination. Ces facultés l'emportent sur la prudence et le jugement, et cette combinaison

doit donner un amour-propre mal entendu ; joignez à cet orgueil beaucoup de ténacité, peu de vénération, et vous jugerez que les circonstances ont pu amener au crime un homme qui, sous d'autres influences, eût pu l'éviter. Si le temps nous le permet, nous reviendrons sur cette tête.

Mais, pour nous circonscrire dans les influences de l'organe de la possession, voyez cette tête de cardinal ; eh bien! tout cardinal qu'il était, et quoiqu'il eût des sentimens supérieurs assez conformes à son rôle dans l'état social, l'acquisivité, qui est excessive, ne laissait pas de gouverner la masse encéphalique ; on lui a trouvé 2 ou 300,000 fr. cachés, après sa mort.

Voici encore une tête que je vous ai montrée plusieurs fois : c'est celle d'une femme de haut parage, qui avait tous les sentimens de famille très-prononcés, et qui cédait aussi beaucoup, quoique très-respectable d'ailleurs, au désir de posséder.

Défaut. — Voici les observations contraires. Le nègre Eustache qui a obtenu le prix de vertu, a toute cette partie aplatie; la bienveillance domine dans sa tête. Il faut toujours avoir égard à l'organe qui domine lorsque vous voulez juger un homme.

Voici l'abbé Grégoire, aussi bien évêque que tout autre évêque, mais avant tout, homme très-remarquable par sa franchise, son dévouement à ses amis, à ce qui lui semblait être la justice et la vérité, doué finalement de toutes les vertus sociales. Voyez comme aux sentimens affectueux se joignent les sentimens supérieurs avec une intelligence bien développée! Quelle prédominance dans les régions de ces facultés! quelle dépression, au contraire, dans les organes de la ruse, de la propriété!

M. Vimont fait la remarque très-judicieuse, en cherchant à déterminer la fonction de l'organe de la possession, qu'il n'est pas nécessaire qu'une chose soit utile pour qu'on désire la posséder ; qu'il y a un instinct primitif qui inspire le désir de posséder, indépendamment des motifs intellectuels, qui d'ailleurs ne peuvent exister que chez l'homme. Rapprochez cette observation des précédentes, et vous concevrez qu'on peut voler dans trois buts : 1° pour pourvoir aux premiers besoins; 2° pour dépenser aussitôt ; 3° pour conserver.

Animaux. — Le même auteur voit cet organe très-prononcé chez les quadrumanes, particulièrement chez l'orang-outang ; c'est une observation que l'on pourra vérifier, puisque nous en possédons un au Jardin des Plantes. Chez le chat et le renard, il occupe la même place que chez l'orang-outang et chez l'homme. L'auteur fait aussi une remarque dont je dois vous informer, c'est que l'instinct du vol chez quelques carnassiers, comme le chat, le chien, qui vivent au milieu de nous, dépend plutôt du besoin d'alimentation que de la tendance au vol; tandis que chez la pie c'est un instinct primitif, puisque la pie enlève et cache une foule d'objets qui ne lui servent point à sa nourriture. Cet oiseau obéit donc à un instinct primitif d'amasser; mais on ne peut dire pourquoi la pie préfère les métaux brillans et les pierres précieuses à d'autres objets. Il n'en est pas ainsi de plusieurs autres animaux. Tout le monde sait, ajoute M. Vimont, que le chien et le chat, bien nourris, ne volent pas. Ce fait seul, appliqué à l'homme, appuierait le fait bien contesté, que l'homme n'est voleur le plus souvent que par nécessité. Mais, d'autre part, l'instinct de la pie serait d'accord avec la conduite de certains hommes qui, quoique riches, volent pour le seul plaisir de voler. Qui ne sait qu'on rencontre encore assez fréquemment des personnes riches qui ne peuvent s'empêcher d'emporter certains objets dans les maisons qu'elles fréquentent? On les connaît pour être possédées de cette manie, et on rend les choses ou bien on en solde le prix. Nul inconvénient grave de cette singulière passion pour l'homme opulent, pour le grand seigneur; on en rit; mais placez le même penchant chez un malheureux qui n'a pas les moyens de pourvoir à ses premiers besoins ; les résultats deviennent tout différens ; son impérieux caprice le mènera dans les prisons, dans les bagnes, et si le besoin de la conservation détermine l'assassinat, il ira à l'échafaud. Pour moi, je crois et je croirai, jusqu'à ce que j'aie vu le contraire, que les opulens voleurs que protégent les expressions de caprice et de fantaisie, pourraient se corriger si l'intelligence et les sentimens élevés occupaient un honnête espace dans ces têtes où règne si impérieusement l'instinct de la propriété.

L'organe, chez les oiseaux, se trouve placé au-dessus de la ruse, et, conjointement avec cet instinct, il élargit la partie latérale du crâne ; on l'observe chez la pie, oiseau dont les larcins ont été célébrés par l'histoire et par un drame que vous connaissez ; chez le geai, le corbeau, la mésange, on l'a aussi rencontré ; c'est en vain que l'on chercherait, selon M. Vimont, l'organe du vol chez le coq d'Inde, chez le dinde ordinaire, chez les gallinacées, qui n'offrent jamais d'exemples de cet intinct-là.

NEUVIÈME LEÇON.

13 *juin* 1836.

Messieurs,

Nous avons terminé la dernière séance par l'étude de l'organe qui préside au désir d'acquérir et à la passion de posséder; de posséder surtout, car l'acquisition est un des moyens de la satisfaire. Nous avons vu que ce penchant existait chez les autres animaux aussi bien que chez l'homme ; mais que chez l'homme, il était soumis à l'influence de facultés qui n'existent pas chez les animaux, et c'est là le grand secret de la différence des instincts et des sentimens des animaux avec ceux de l'homme.

Nous avons cité la pie et tous les animaux qui font des collections, des provisions inutiles à leur nourriture, à la construction de leur gîte, de leur nid, etc. Il serait inutile de s'arrêter plus longtemps sur cette question. Il faut bien que l'on convienne, quelque en-



vie qu'on ai de discuter, qu'une impulsion est nécessaire pour produire ces actes, que cette impulsion ne peut résider que dans le système nerveux, et qu'enfin quand on trouve une coïncidence constante entre le développement d'une portion de ce système et la faculté, il y a de grandes raisons pour lui assigner un siége dans l'encéphale.

9. Constructivité.

Nous arrivons aujourd'hui à la constructivité de Spurzheim, organe de la mécanique de Gall. Cette faculté n'est ni considérée ni classée de la même manière par tous les phrénologistes; il y en a qui la considèrent comme une dépendance des facultés intellectuelles, et non comme un sentiment pur et simple. Mais comme elle est rangée au nombre des sentimens par Spurzheim et par Combe, qui pourtant lui assigne un usage différent, je lui conserve cette place, sauf à vous en dire mon opinion. Mon opinion est que le penchant et l'aptitude à construire sont une sorte d'ampliation des facultés intellectuelles; j'y reviendrai quand il sera question de celle-ci. Telle est à peu près aussi l'opinion de M. Vimont.

Historique. — C'est Gall qui a découvert cet organe.

Situation. — Il est situé, de chaque côté, à la partie externe et inférieure de l'os frontal n° 9. Je vous conseillerai de vous procurer de petites têtes qui ont été réduites par les soins de Spurzheim, dont il a fait cadeau à quelques amis, et qui sont maintenant dans le commerce; chacun de vous pourrait avoir une de ces petites têtes et l'examiner à mesure qu'on décrirait sur de plus grands modèles.

Ainsi l'organe n° 9 est à la partie externe et inférieure de l'os frontal, au-dessus de la suture sphéno-temporale; il est recouvert par le muscle temporal ou crotaphite; ce qui sera très-bien entendu des anatomistes.

On a objecté qu'étant caché sous ce muscle, l'organe ne pouvait pas devenir sensible à l'extérieur; c'est une erreur; quand il est prononcé, il fait saillir le muscle, et voilà tout. On ne l'observe pas chez les animaux qui n'ont pas besoin de construire, comme le lion, le tigre, etc.; mais on le voit très-bien chez le castor, le renard, et chez tous les animaux qui construisent, parce qu'il soulève les fibres musculaires qui le recouvrent; il faut faire la déduction du muscle, comme dans d'autres circonstances, on est obligé de faire la déduction des *sinus*, mais l'habitude de comparer les différentes têtes en a bientôt fourni les moyens. Cette objection est une des mille arguties que reproduisent des personnes qui ne se sont point exercées à l'observation. Je n'en aurais pas parlé si, depuis peu, l'irréflexion n'avait entrepris de la faire valoir devant plusieurs d'entre vous.

Combe a fait la remarque que si la base du cerveau est étroite, l'organe qui correspond à cette faculté se trouve un peu soulevé par une légère dépression qui se remarque entre l'angle externe de l'œil et l'oreille. En tout cas, il élargit beaucoup la tête dans la partie antérieure de la région temporale.

Pour bien saisir cet organe, qui est un peu vers la base, il faut plusieurs points de comparaison. Ne croyez pas que ce soit une grande difficulté; il suffira de vous souvenir qu'il est placé en avant de l'organe de la propriété et au-dessus de celui du choix des alimens, que vous connaissez déjà; en arrière de l'organe des tons et immédiatement au-dessous de celui de l'idéalité, que vous connaîtrez bientôt. Le muscle temporal le couvre entièrement, mais vous pourrez palper, et si le muscle se trouve plus épais qu'à l'ordinaire, il vous sera encore facile d'en apprécier l'épaisseur, en engageant la personne à le mettre en contraction.

Influence directe de l'organe; faculté de construire. On a remarqué que les personnes qui sont habiles à dessiner, à copier les formes, à régulariser, à symétriser, dans la sculpture, dans l'architecture, dans le dessin, ont cette partie du cerveau très-prononcée; et l'on en a conclu que cette partie contribuait à ces sortes d'opérations.

Applications et combinaisons. — Là-dessus quelqu'un a entrepris de faire des gloses; mais que signifient des gloses contre les faits bien observés? Nous pourrions nous contenter de cette réponse. On a dit, croyant faire de la bonne plaisanterie : quel rapport entre l'architecte qui a exécuté le dôme de Saint-Pierre, le Panthéon, et une modiste qui construit de jolis bonnets, et l'artiste qui bâtit, comme le disait Boileau, le galant édifice de la chevelure des belles? Quel rapport!.. mais il y en a beaucoup, ce me semble. La même cause donne chaque jour des résultats bien différens : nos adversaires veulent que l'esprit fasse toute chose; pourquoi donc ne le tournent-ils pas également en ridicule parce qu'il s'applique aussi bien à l'architecture qu'à la frisure, à façonner des poupées qu'à élever des statues, à faire un traité de morale qu'à imaginer de fades quolibets? D'ailleurs les phrénologistes n'ont-ils pas montré que l'organe n'agit pas seul dans les productions qui ont rapport à la construction : il agit de concert avec d'autres organes, qui lui prêtent leurs secours et qui lui donnent tantôt une direction, tantôt une autre. Son objet, en conséquence, est plus ou moins distingué, plus ou moins élevé; mais le fond, l'impulsion primitive, reste le même. Ainsi, tant qu'on ne saura faire à la phrénologie que des objections comme celle-là, nous ne serons pas fort embarrassés; nous renverrons à l'observation, car cette science ne doit répondre que par l'observation.

On avait dit autrefois que la faculté de bâtir tenait de l'adresse de la main, c'était une erreur; c'est la tête qui conduit la main chez l'homme, comme elle conduit le bec et l'ongle chez les animaux pour construire leur gîte; vous voyez des oiseaux avec des becs tout à fait semblables, fabriquer des nids très-différens. Vous voyez aussi des personnes mutilées, qui n'ont pas de main, qui n'ont que des moignons, et qui, avec ces moignons, font de la musique; touchent des instru-

mens, etc. Ces faits sont si vulgaires, qu'il nous répugne de les invoquer, et cependant il est bon de les reporter à la cause organique dont ils dépendent.

Ainsi cette faculté s'applique à la construction en général et au dessin ; ensuite, comme elle est nécessairement aidée par d'autres organes, on conçoit que celui qui aura le goût des armes et de la guerre, éprouvera de la tendance à construire des armes ; que celui qui sera dominé par le sentiment religieux, appliquera ses talens mécaniques aux ornemens d'un culte quelconque, et ainsi de suite. Avec une éducation frivole, comme avec une éducation distinguée, l'organe s'appliquera toujours à ce qui a rapport à sa destination primitive. Mais il faudra toujours qu'il ait un certain degré de développement pour que l'artiste s'élève au-dessus de la médiocrité. Ainsi le sculpteur ne peut pas assurément acquérir un talent très-distingué si cet organe n'est pas prononcé chez lui ; il en est ainsi de l'architecte, etc.

Si le sculpteur et l'architecte, les principaux modèles que l'on choisit pour désigner l'application de cette faculté, sont doués en même temps de beaucoup d'imagination, de sentimens élevés, leurs travaux porteront l'empreinte de ces facultés, et ils produiront des chefs-d'œuvre. S'il ne règne chez eux que des sentimens d'un ordre inférieur, ces artistes feront de jolies choses, des décorations de théâtre, de salon, de boudoir, mais il y aura toujours le fond qui sera le même, la construction, l'arrangement, la symétrie.

Antagonistes et auxiliaires. — Quant à l'opposition de cet organe, il n'en a pas, à proprement parler ; mais il est aidé par beaucoup d'organes. Ces auxiliaires sont, le sentiment de l'ordre, celui de l'harmonie, celui de l'étendue, celui des formes, celui des localités. Il a des rapports très-particuliers avec les facultés intellectuelles ; il en a même avec les tons, avec la musique, car on a remarqué que le musicien n'est complet que lorsqu'il touche bien un instrument. Or, le talent de bien toucher les instrumens a été rapporté par Spurzheim, à l'organe dont il s'agit. On lui a aussi rapporté la broderie, enfin tous les ouvrages manuels.

Je ne vous affirme pas que tous ces rapports soient bien exacts, ni que ce soient les seuls, et que la science restera positivement au point où les auteurs que je vous cite l'ont amenée. Mais voilà toujours des données précieuses. Je pense même que des organes se subdiviseront, mais il faudra y mettre beaucoup de temps et d'observation ; ce qui me paraît certain, c'est que cet organe a pour impulsion fondamentale, la tendance à construire, à modifier les objets de la nature, qui se présentent en un ordre quelconque, dans l'intérêt de l'homme et dans celui de l'animal, dans un intérêt d'utilité ou dans un intérêt de jouissance. Personne ne peut nier que ce fait existe dans la nature. Eh bien ! il n'existe pas tout seul. Il faut qu'il tienne à une portion du système nerveux ; et l'observation nous a conduits à nous en prendre à cette portion-ci.

Animaux. — Chez les animaux, vous sentez que cet organe ne peut pas avoir une application aussi étendue que chez l'homme, puisqu'il ne reçoit pas les influences de tous ceux qui existent dans notre espèce. Il y a donc chez les animaux une direction qui est toujours la même dans chaque espèce. Ainsi, chez les uns, il fait construire des nids, et ces nids varient beaucoup dans les espèces différentes ; ils sont construits avec plus ou moins d'art, ils sont placés dans des situations différentes, car assurément cet organe s'associe avec celui des localités. Ainsi il y a des oiseaux qui vont construire leurs nids dans les trous des murailles ; les hirondelles les font aux angles des fenêtres ; les loriots, dans le croisé de deux branches ; quelques-uns les placent à terre, d'autres dans le sommet des arbres, etc. La phrénologie ne peut pas avoir la prétention de déterminer les causes particulières de chacune de ces positions et de ces formes diversifiées : mais pourquoi lui disputerait-on les observations qu'elle a faites, savoir que toutes ces constructions sont en rapport avec le développement de cette partie du cerveau qui vous a été signalée, sauf les détails, sauf les applications.

Chez les quadrupèdes, M. Vimont a remarqué qu'il y a une grande différence entre ceux qui construisent et ceux qui ne construisent pas. Chez ces derniers, jamais l'organe ne paraît ; chez ceux qui construisent, on le voit former une saillie à l'angle inférieur et antérieur du pariétal, et à la partie correspondante du frontal. Vous voyez que c'est bien la même chose que chez l'homme. Il n'y a pas ici de doute possible. L'organe se trouve dans le même point de contiguité des deux os ; cela montre un plan constant dans les œuvres de la nature.

Les animaux qui construisent des terriers sont le renard, le blaireau, le putois, le castor. Rien n'a été si facile que de comparer ces animaux avec ceux qui ne construisent pas, qui se contentent de rassembler un peu de paille ou de feuilles pour se coucher et déposer leurs petits, ou avec les animaux herbivores qui, pour la plupart, ne construisent pas.

Je ne sais pas avec quels argumens on peut attaquer ces faits ; il n'y a que des injures à dire ou des démentis à donner. Eh bien ! lorsqu'un homme comme M. Vimont a dépensé dix, quinze ans de sa vie, une partie de sa fortune, à comparer les animaux, avant de lui donner un démenti, on devrait consacrer autant de temps à la même étude, produire des ouvrages comme le sien, appuyés sur autant de faits ; alors on aurait le droit de trancher la question par des faits, et de réjouir l'auditoire en lançant des sarcasmes du haut d'une chaire, avec une robe ou sans robe. Je ne suis pas si hardi, moi ; je me soumets provisoirement, ensuite j'observe autant que je le puis, je cherche la vérité, et je voudrais en inspirer le goût et la même passion aux autres.

On trouve cet organe chez les oiseaux, chez le loriot, chez l'hirondelle des fenêtres, chez le chardonneret, chez les mésanges, toujours dans cette région ou à peu près ; c'est à dessein que je dis à peu près, parce que les directions variées des os de la tête ou de la face en produisent d'autres dans la distribution des circonvolu-

tions du cerveau. Il manque chez les oiseaux de basse-cour qui ne construisent pas, tels que le dinde, le coq, etc., et chez le coucou surtout, qui ne construit jamais.

On le trouve, chez ces animaux, derrière l'angle orbitaire, sur les parties latérales.

Exemple. — Voilà ce que je puis vous dire sur cet organe; il ne me reste plus qu'à vous fournir des exemples chez l'homme seulement, parce que malheureusement je n'ai pas pu me procurer des collections d'animaux.

Voici le masque de M. Brunel, ingénieur du *tunnel*, ou pont sous la Tamise; nous n'avons malheureusement que son masque, parce que beaucoup de personnes ne sentent pas la nécessité de prendre l'empreinte entière des têtes; mais vous voyez, dans ce qui paraît, que la saillie de la crête frontale manque, et que les parties latérales du front forment un plan arrondi et saillant en dehors des yeux et un peu au-dessus du niveau de ces organes; ce qui prouve que cet espace est rempli par l'organe de la construction.

Voici un individu nommé Carner qui, quoique enfant, était extrêmement habile dans les silhouettes. Il n'y a pas non plus de dépression dans la région sus-indiquée.

Cette tête est celle d'une modiste de Vienne, citée par Gall; l'organe y paraît de la manière la plus saillante : vous voyez pourquoi, chez les autres, il n'y a pas de dépression. Voici l'angle de l'os frontal; supposez un muscle là, vous ne verrez pas de dépression.

Voici la tête de Carême. Carême était un cuisinier plein de génie; il ne se bornait pas à savoir bien préparer les mets, il avait aussi une espèce de génie pour le dessin et la disposition d'un service, pour la symétrie; il était un des hommes les plus propres à réussir dans les grandis services : cette partie est également très-saillante.

Cette autre tête, qui a été donnée comme celle de Raphaël, présente aussi la constructivité; elle n'est pas assez authentique pour que nous puissions en tirer des conclusions historiques.

Un talent autre que ceux déjà énumérés a été rattaché à cette faculté. Gall l'avait indiqué le premier, c'est la mécanique. Or, la mécanique trouve parfaitement son application à la serrurerie; aussi, rencontre-t-on parmi les voleurs beaucoup de personnages très-habiles à fabriquer de fausses clefs, à inventer des machines pour forcer les portes, les coffres-forts, etc. Cette partie est donc très-développée chez certains voleurs. En voici un exemple chez ce faussaire. Ainsi, quand un observateur verra, chez un homme qui l'approche, la propriété, la mécanique, la sécrétivité et la destruction former de chaque côté deux masses considérables, on aura beau dire et rire même si l'on veut, je conseille à l'observateur de se tenir sur ses gardes.

Il y a des peuples chez lesquels l'organe de la construction n'est pas prononcé; on a cité les nègres. On a remarqué chez les peuples nouvellement découverts dans la cinquième partie du monde, la Nouvelle-Zélande et la Nouvelle-Hollande, que les habitans de la Nouvelle-Zélande, qui sont très-enclins à l'architecture, qui se construisent avec beaucoup d'art des habitations, ont cette partie très-prononcée; tandis que ceux de la Nouvelle-Hollande, qui n'ont pas même l'esprit de s'abriter, ont cette partie extrêmement déprimée. Ces observations ont été faites dans le dernier voyage exécuté par le capitaine Durville, auprès duquel se trouvaient MM. Quoy et Gaymard, en qualité de chirurgiens et de naturalistes. Comme ils avaient des idées de phrénologie, ils ont fait cette intéressante observation.

CONCLUSIONS SUR LES INSTINCTS ET PENCHANS.

Telles sont, messieurs, les facultés que les phrénologistes ont rangées parmi les penchants ou instincts, parce qu'ils les ont crues destinées plutôt à la conservation des individus qu'au maintien de l'ordre social. Vous avez vu que ces penchants sont puissamment influencés par d'autres facultés, et toutes par les facultés intellectuelles. Je vous ai dit aussi que ce dernier organe, celui de la constructivité, me paraissait tenir un peu des facultés intellectuelles, c'est une assertion que je pose maintenant pour y revenir plus tard.

SECONDE SECTION.

SENTIMENS.

Généralités. — Nous allons maintenant passer à la seconde section, c'est-à-dire aux sentimens, qu'il faut considérer comme des instincts plus élevés que les précédens. Cette distinction, je le sais, peut être contestée; car le mécanisme ou plutôt le mode physiologique est le même dans les deux sections. Les sentimens sont, comme les instincts, des impulsions qui naissent en nous à l'occasion des impressions extérieures, et qui nous déterminent à réagir d'une manière particulière sur les corps que les sens nous ont fait connaître. Voilà le fond de cette philosophie qui, comme vous le voyez, est fort simple.

On nomme sentimens les impulsions qui vont nous occuper, parce que l'application en est plus large que celle des précédens; ils sont le fondement de l'état social, du rapprochement des hommes. Vous avez vu d'abord un instinct qui semble en poser la première base, c'est celui de l'association ainsi que de l'amitié, qui n'en est qu'une application; mais cet instinct, qui existe chez les animaux aussi bien que chez nous, ne suffirait pas pour produire l'état social, il faut quelque chose de plus élevé et de moins égoïste : on le trouve dans les sentimens. Ces sentimens sont donc des espèces de penchans avec émotion, comme les précédens; car remarquez bien que tout instinct, tout sentiment est accompagné d'une émotion, et qu'il y a toujours du plaisir à le satisfaire. Et voilà pourquoi on cherche cette satisfaction. Les phrénologistes considèrent ces sentimens comme étant de deux espèces, les uns qui nous sont communs avec les animaux, et qui semblent être la

transition des instincts aux sentimens; les autres qui sont propres à l'homme. Je ne partage pas complétement cette manière de voir; je trouve chez les animaux plusieurs sentimens que l'on dit être le privilége exclusif de l'homme; mais je pense qu'ils n'y sont, en quelque sorte, qu'esquissés; ainsi la chaîne ne me semble pas complétement interrompue; je trouve une transition qui me paraît, à moi, fort sensible, incontestable.

Nous commençons par la partie postérieure et supérieure, pour prendre un second plan. Le premier plan, ou plan inférieur, a commencé aussi par la partie postérieure, et s'est étendu, en suivant les parties latérales et inférieures, jusqu'aux facultés intellectuelles qui sont placées dans le bas de la région frontale; il a formé une zone. Les sentimens formeront une autre zone, placée au-dessus de celle-là, et qui arrivera également jusqu'aux facultés intellectuelles.

10. ESTIME DE SOI.

Le premier qui s'offre à nous, en suivant l'ordre admis par les phrénologistes, est l'organe dit de l'*estime de soi*, n° 10.

Situation. — Il paraît, dans ce plâtre de cerveau-modèle, plus élevé que dans la tête entière, parce que le cerveau est un peu affaissé par le poids du plâtre qui l'a comprimé; mais, sur la tête entière, il est précisément dans la position que vous observez ici, à la partie postérieure et qui commence à être un peu déclive de la tête. Il correspond à l'angle postérieur et supérieur des pariétaux, un pouce un peu au-dessus de la suture sagittale. M. Vimont croit que Gall l'avait placé un peu trop bas, un peu trop en arrière; l'observation doit rectifier: cependant il est bon de vous faire part de cette remarque. Du reste, à cette différence près, tous les phrénologistes lui accordent cette place, qui est celle que vous voyez dans ces têtes. L'organe est marqué par deux circonvolutions, une de chaque côté, qui sont ordinairement assez distinctes, et couchées horizontalement. Elles ne sont pas toujours aussi courtes et aussi droites que vous les voyez, quelquefois aussi elles font quelques zigzags; mais on peut toujours les distinguer sur le cerveau.

Impulsion primitive. — L'impulsion primitive de cet organe est l'estime de soi, l'amour de soi. Cela correspond à l'amour-propre des anciens philosophes; sentiment qui a toujours été admis, quel que fût le système philosophique que l'on eût embrassé; sentiment qui a joué un grand rôle, comme vous le savez tous, dans le XVIIIe siècle, où la majeure partie des philosophes s'était accordée à la considérer comme le principal mobile, quoique souvent secret et inaperçu, des actions des hommes. Nous avons déjà dit que cette opinion n'était pas fondée; nous aurons occasion d'y revenir. Du reste, cet organe existe toujours plus ou moins développé. Nous allons chercher à vous faire sentir les applications du sentiment qu'il inspire.

Applications. — Il produit le sentiment de supériorité qui nous porte à nous préférer aux autres, et la tendance à l'indépendance, à la liberté. Aussi, est-ce un des organes qui agissent le plus constamment, le plus énergiquement dans l'histoire. On peut y rapporter presque toutes les révoltes, tous les efforts que font les peuples pour s'affranchir de l'esclavage que d'autres organes tendent toujours à faire peser sur eux.

C'est un des organes qui manquent le moins. Je témoignais un jour à Spurzheim ma surprise de ce que tant de personnes s'estimaient beaucoup trop. Il me répondit: Examinez seulement la distance qui sépare le trou auditif de la partie supérieure et postérieure de la tête; vous ne trouverez presque dans aucun organe un rayon aussi étendu que celui-là, ou très-rarement. Cela est vrai; c'est un organe très-commun et très-puissant. Les effets qui en résultent ou les influences qu'il produit varient beaucoup, et les applications de cet organe sont très-différentes, suivant les combinaisons. Ainsi, avec des sentimens élevés, une intelligence convenable, il produit la dignité; l'homme se respecte, et sa conduite est d'accord avec ce sentiment. Combiné avec des sentimens d'égoïsme et peu d'intelligence, il engendre l'orgueil et contribue à la vanité. L'orgueil se prend en bonne et en mauvaise part; en bonne part, quand il est associé à des actes qui annoncent une vaste intelligence et des sentimens élevés; en mauvaise part, lorsqu'il se trouve réuni à des actes qui ont quelque chose de vil, de bas, qui donnent l'idée de peu de dignité: c'est dans ce cas qu'il reçoit aussi le nom de vanité, quoique ce ne soit pas lui qui produise le plus souvent ce sentiment. L'application de l'organe se retrouve dans l'envie et dans l'émulation, mais non pas seule. Quand on s'estime beaucoup, on éprouve du chagrin de voir les succès des autres, et ce chagrin varie également, suivant les facultés qui sont associées avec celle-ci. Ainsi, chez un homme qui a des sentimens élevés, les succès d'un autre exciteront le désir d'égaler, de surpasser son rival par de grandes, par de belles actions, par des œuvres plus dignes de l'estime des hommes. Chez celui, au contraire, dont les facultés sont faibles, et qui n'a que de la ruse, cela produit le sentiment de l'envie, du chagrin, le désir de nuire.

Voyez comme cet amour-propre peut produire des effets extrêmement variés. Quelquefois il porte à la médisance, à la calomnie, à la dépréciation des personnes qui l'emportent sur nous. Mais réuni avec un sentiment de justice très-prononcé, avec de la bonté, il ne donne jamais pour résultat ni la médisance, ni la calomnie: il pousse plutôt à faire quelque chose qui nous élève au-dessus de nos rivaux. Si la destruction se trouve prédominante avec la ruse, l'amour-propre inspirera des actes très-condamnables.

Combe a fait la remarque, et je dois vous la communiquer, que lorsque les enfans poursuivent de leurs cris, de leurs injures, de leurs railleries, un idiot, un vieillard, un estropié, un malheureux, ils obéissent à l'impulsion de ce sentiment: c'est pourtant quelque chose de bien déplorable. Ils aiment à se mettre au-dessus de l'objet de leurs insultes; ils jouissent de l'idée qu'ils lui sont supérieurs.

Ce sentiment, messieurs, se réveille à chaque instant; il est excessveiment prédominant dans l'adolescence, lorsque les jeunes gens s'aperçoivent qu'ils raisonnent aussi bien et quelquefois mieux que ces adultes qui autrefois leur inspiraient tant de respect : de là l'impulsion vers l'attaque, vers l'insulte; ce sentiment est toujours là, dans l'espèce humaine. Ainsi, lorsqu'un homme qui était l'idole d'un pays, un prince, un ministre, sont tombés, vous voyez ce sentiment pousser les hommes à se venger du respect qu'ils ont eu pour le personnage disgracié, en l'humiliant, en disant de lui tout le mal qu'ils en savent, en l'insultant de diverses manières. Mais cette conduite suppose le concours des sentimens inférieurs et des instincts d'égoïsme et de destruction. Ce qui retient cet élan-là, c'est toujours l'intelligence et d'autres sentimens que nous avons à examiner, et qui donnent une bonne direction à l'estime de soi; car celui qui s'estime ne s'abaisse pas jusqu'à des actes qui pourraient le dégrader.

On lui attribue aussi le désir du pouvoir, ou l'ambition, l'égoïsme, lorsqu'il se trouve réuni à l'acquisivité et à la jalousie, mais toujours dans une sorte de combinaison. On croit remarquer qu'un des élémens de la jalousie est le mépris que l'on paraît faire de nous, associé avec l'estime que nous nous portons. Sur ce point je conserve beaucoup de doute.

Mais il y a d'autres passions, d'autres sentimens qui peuvent être considérés comme l'élément de la jalousie; nous en parlerons peut-être plus tard.

Quant à l'ambition, je crois que cette interprétation est bonne; car les hommes qui tendent à dominer les autres, qui ont le penchant de la domination, les faiseurs, les hommes qui se mettent en avant, qui y sont poussés par un sentiment continuel de leur supériorité, qui croient être faits pour guider les autres, ont tous cet organe très-développé; beaucoup d'entre eux ne réussissent pas, car l'organe ne produit pas seul les grandes actions, il faut qu'il soit aidé par d'autres; mais on le trouve toujours chez ceux qui ont réussi dans ce genre, comme nous allons le voir par les exemples qui vous seront présentés.

Ces questions, vous le voyez, sont très-délicates, je ne les expose qu'avec circonspection; je vous rends compte des opinions dominantes parmi les phrénologistes, et j'en appelle à l'observation, qui doit toujours décider ces sortes de questions. Le genre humain est encore jeune, puisqu'on ne lui donne que 4 ou 5 mille ans; il est probable qu'il lui en est réservé bien davantage, et l'on a tout le temps d'observer.

On lui attribue encore une certaine attitude; c'est Gall qui, le premier, a fait cette observation. En effet, les hommes qui sont fiers, qui cherchent à dominer, qui s'estiment plus que les autres, ont toujours une attitude qui les distingue. D'abord, ils dressent la tête, ils regardent d'une manière ferme, fixe, promènent avec dignité et hauteur leurs regards sur tous ceux qui les abordent. Ensuite, lorsqu'ils s'abaissent à la familiarité, vous voyez dans leur figure qu'ils vous font une grâce. Pour peu de chose, ils reprennent leur air grave, et sont toujours disposés à vous rappeler leur supériorité, et à vous diriger vers l'abaissement par leurs regards, leurs paroles, leurs gestes, etc. C'est un fait très remarquable, surtout lorsqu'ils ont acquis l'habitude du commandement.

Gall avait même pensé que l'organe inspirait aux animaux le goût des hauteurs. On a beaucoup plaisanté là-dessus : il ne faut pas plaisanter légèrement sur les observations faites par un homme qui sait observer. Les localités semblent rendre mieux compte, chez les animaux, du goût pour les lieux élevés, pour les pics, pour les rochers qui se perdent dans les nues, pour le haut des arbres, que la faculté dont il s'agit; il faut tenir compte de tout.

Défaut. — Le défaut de cet organe produit l'humilité, la tendance à l'abaissement. Il est à remarquer que tous les hommes qui ont voulu dominer, ont prêché aux autres l'humiliation, et c'est précisément dans les religions que cela s'est vu : celui qui vient parler au nom de Dieu, exalte nécessairement son organe de l'estime de soi au plus haut degré; il se donne pour être en rapport avec la divinité, et il déprécie les autres autant que possible. De plus, il ordonne les jeûnes, les privations, l'abaissement, les dépressions de toute espèce. Jamais il ne voit les autres assez bas. (Applaudissemens).

Avec le prestige de l'autorité royale, du trône, avec *decorum*, avec tout cet appareil formidable qui entoure les princes, les souverains, on produit le même effet. C'est toujours le même sentiment qui agit, un sentiment qui porte certains hommes à se placer au-dessus des autres, et à mettre les autres au-dessous d'eux, car en même temps qu'ils tendent à s'élever le plus qu'ils peuvent imaginer, ils manifestent aussi le désir de voir les autres abaissés autant qu'il est possible qu'ils le soient. Mais comme l'organe existe aussi chez les hommes dépréciés, le ressort se détend dans un certain temps; de là les réactions, de là les mouvemens politiques, etc. Comme je ne suis pas dans la politique, je m'arrête.

Il faut pourtant remarquer que l'organe de la ruse, qui est un véritable Protée, prend le rôle de l'humilité comme tous les autres rôles. Un homme orgueilleux, s'il sent le besoin de s'abaisser pour s'élever, ne manquera pas de le faire, si l'organe de la ruse est chez lui très-développé. J'en donnerai pour preuve bien authentique les manœuvres de Sixte-Quint pour parvenir au trône pontifical. Mais le courtisan se venge de l'abaissement où il se pose vis à vis de son souverain, par l'orgueil qu'il témoigne à ses inférieurs.

Auxiliaires. — Les auxiliaires de cet organe ne sont pas faciles à déterminer. C'est un organe unique pour l'impulsion première; du moins, je n'en connais pas qui lui soient congénère. Mais il est très-certain que l'amour-propre est exalté, soutenu par le courage, qui ne va pas précisément dans la même direction que lui, mais qui le seconde bien, ainsi que la destruction. Lorsque la force est considérable dans la jeunesse, l'organe trouve encore là un appui. Lorsque les sentimens d'égoïsme ont obtenu leurs fins, sont arrivés à leur but,

l'orgueil s'élève, on se dit : J'ai réussi : je suis parvenu à satisfaire tel projet, etc. L'homme alors s'estime davantage.

Mais voici une remarque très-importante, c'est que, de tous les sentimens, l'estime de soi est celui qui s'exalte le plus par la réunion des hommes. Il se développe même alors chez ceux qui n'en ont que fort peu. Quand les hommes sont associés, quand ils forment des masses, le sentiment de leur force s'agrandit d'une manière prodigieuse, et l'orgueil devient vraiment le sentiment prédominant. Rien n'est chatouilleux, n'est orgueilleux comme les réunions d'hommes, depuis les plus petites jusqu'aux plus grandes ; depuis les sociétés particulières, jusqu'aux royaumes, aux empires, aux États les plus étendus. Vous voyez cela partout dans les sociétés, même dans les campagnes : un village est opposé à un autre, et cela par orgueil, parce qu'il s'estime plus que le village voisin. Dans les professions qui semblent au même niveau, comme les maçons, les couvreurs, les tailleurs de pierres, lorsqu'ils sont très-nombreux, comme dans notre capitale, vous retrouvez encore les effets de l'orgueil ; certains ouvriers sont d'une coterie qui porte un nom, d'autres sont d'une coterie différente ; les passions de ces diverses coteries sont mises en jeu par l'orgueil, et la rixe et la destruction s'y associent. Ces passions amènent des querelles, des rixes, et voilà des hommes qui s'égorgent par l'impulsion primitive de l'estime de soi. Dans les régimens, c'est l'amour-propre du titre, c'est l'armement, c'est l'équipement, c'est le drapeau, c'est le département où les soldats ont été levés, qui fournissent les motifs de cet orgueil ; d'autres fois, c'est un succès obtenu dans telle bataille. Voilà ce qu'on a bien voulu nommer le *point d'honneur*. En un mot, partout l'homme, quand il est réuni en masse, trouve des motifs d'orgueil et d'opposition, et alors la susceptibilité s'accroît, la colère se développe, se met à l'unisson avec l'amour-propre pour produire des scènes violentes et trop souvent souillées de sang.

Antagonistes. — Les oppositions que peut rencontrer cet organe sont d'abord dans la circonspection, dans la ruse ou la sécrétivité, qui le retiennent comme elles retiennent toutes les autres manifestations, car c'est le rôle de cette faculté.

Cet organe ou cette impulsion trouve aussi un correctif dans l'intelligence : plus les hommes sont cultivés, plus l'intelligence a été exercée, plus les facultés de la réflexion et de l'observation se sont développées, moins l'homme est orgueilleux. Il peut alors se comparer avec justesse à ses semblables ; il se met à sa place, il reconnaît sa faiblesse, ce qui le fait au moins renoncer à la violence. Ordinairement, dans l'état normal, l'orgueil tombe avec la force. Lorsque la vieillesse arrive, c'est une autre espèce d'orgueil qui s'est substitué au premier ; cet autre orgueil est plus rusé et beaucoup moins actif. L'homme paraît bon, alors même qu'il ne l'est pas : ainsi le vieillard est-il communément désigné par le titre de *bonhomme*. En effet, les hommes âgés sont moins empressés à faire le mal, à attaquer ; ils sont vraiment devenus meilleurs, ayant découvert peu à peu, et souvent sans en avoir eu l'intention, la vanité des choses de ce monde. S'ils sont bien organisés, ils deviennent indulgens et tolérans, ce qui n'est pas commun dans la jeunesse. Vous en observez maintenant un exemple bien remarquable dans le culte catholique que le refroidissement général de la foi rend si ombrageux ; si vous voulez trouver un curé tolérant, n'allez pas le chercher parmi les jeunes prêtres.

Eh bien ! la culture de l'intelligence ou l'éducation a cet avantage, que l'on apprend plutôt à se comparer avec les autres, à sentir sa faiblesse, à reconnaître qu'on n'est pas le coryphée de ses pareils, qu'on n'est qu'un point très-circonscrit dans la masse ; tandis que si l'on a le malheur de n'être pas éclairé, on est rempli d'orgueil, et pour fort peu de chose, ce sentiment s'exalte et nous conduit à des actes que doit un jour suivre le repentir. Ce sont des faits.

Animaux. — Chez les animaux cet organe existe. Gall, ainsi que je vous l'ai dit, avait considéré le penchant qui les porte à rechercher les lieux élevés comme un signe d'orgueil, et il l'attribuait à l'organe que nous vous avons signalé. On a beaucoup critiqué cette assertion. Quant à moi, quoique mon opinion ne soit pas la sienne, puisque je m'en prends plutôt à l'instinct des lieux, je n'ai pas de plaisir à critiquer un homme de la force, de la puissance de Gall ; il faut en appeler à l'observation. Parmi les quadrupèdes, on cite le mulet, qui est vraiment orgueilleux, et même le cheval ; on peut y ajouter le chien. Un cheval qui est fort et vigoureux prend en effet une attitude superbe lorsqu'il se sent tout à coup en liberté ; il semble être plus fier s'il est bien paré que s'il est couvert d'un harnais grossier. Lorsqu'il est monté par un personnage important et de distinction, il en témoigne un certain orgueil. Il est très-certain que les muletiers du midi de la France, du Languedoc, menacent de leur ôter leur panache pour les humilier, lorsqu'ils refusent de travailler ou qu'ils sont indociles, et l'on assure que cela produit quelque effet. L'éléphant est orgueilleux ; si on le blesse dans sa vanité, il se venge tôt ou tard ; le chien n'est pas du tout étranger à l'orgueil. Le chien fort dédaigne un faible ennemi ; le mâtin, le chien de combat, qui est le plus exercé à se déchirer avec ses pareils, épargne un faible chien qui l'attaque, qui le mord. J'avais dit à l'Académie de médecine : « Les chiens ont de l'orgueil ; » un de mes collègues de la faculté, en sortant, me dit : Vous avez raison ; j'ai vu un chien énorme qui était attaqué par un petit roquet ; il a levé la cuisse et lui a lancé de l'urine sur la figure.

On dit aussi que le lion méprise un faible ennemi. Cela peut être : je n'ai pas d'observations à cet égard ; mais il est bien certain que le chien de chasse, habitué à suivre un homme adroit, méprise un chasseur maladroit auquel son maître le confie. Et s'il voit que le chasseur a tiré deux ou trois coups sans abattre le gibier, il se moque de lui et cesse de lui obéir. J'ai connu un habile chasseur qui possédait un chien de ce genre ; lorsqu'il lui arrivait de le prêter à un mauvais tireur, le chien, après s'être bien assuré de sa mala-

avec ce qu'on appelle *gras de cadavre*, ou, en d'autres termes, avec la nouvelle combinaison des principes qui constituaient nos tissus; mais cette circonstance ne prouve rien contre ma manière de voir : elle tient uniquement au degré d'ancienneté du mal, aux progrès plus ou moins grands qu'il a faits.

Bayle comprenait, sous le nom de tubercules du foie, la plupart des lésions de texture de cet organe qu'on appelle aujourd'hui dégénérescences ou productions pathologiques. Laennec, au contraire, les a séparées, et en a fait autant d'entités morbides particulières. C'est en cela seulement que diffèrent les deux chefs de la doctrine du fatalisme : car du reste ces médecins s'accordent à regarder les altérations de ce genre comme provenant d'un germe, ou comme se développant on ne sait comment, ce qui n'est guère plus significatif. Mon intention n'est point de faire sentir ici tout ce qu'une pareille théorie a de gratuit et d'hypothétique; mais j'examinerai, ou plutôt je me bornerai à indiquer, l'une après l'autre, les dégénérations de cette nature que le foie est susceptible d'offrir.

Les tubercules du foie consistent tantôt en des masses inégales, bosselées, d'un blanc jaunâtre ou verdâtre, d'un volume variable, depuis celui d'un pois, d'une noisette, jusqu'à celui du poing; tantôt en des granulations miliaires qui peuvent exister pêle mêle avec les précédentes, mais qu'on rencontre ordinairement à la superficie du parenchyme, immédiatement au-dessous des membranes du foie.

Les tubercules hépatiques sont en général peu nombreux; dans quelques cas pourtant leur multiplicité est prodigieuse, ils sont rassemblés en grappes ou chapelet, et parfois si serrés, qu'ils s'aplatissent et se moulent les uns sur les autres. Cette dégénérescence, du reste, est beaucoup moins fréquente qu'on ne le pensait dans le siècle dernier; et quoique, après les poumons et le mésentère, le foie soit le viscère qui en est le plus souvent atteint, il est sûr qu'on ne l'y observe que fort rarement.

Les mélanoses du foie ne sont, comme celles qu'on trouve ailleurs, que des tubercules qui, chez quelques individus, et surtout chez les vieillards, ont pris une couleur noire.

« Les mélanoses, dit M. Broussais, doivent leur couleur noire tantôt à du sang altéré, tantôt à la matière noire du poumon, d'autres fois à un principe colorant qui n'est pas bien connu, mais qui se montre souvent dans les anciens foyers d'irritation qui occupent les viscères de la poitrine et du bas-ventre. Les mélanoses peuvent être composées de lymphe, de fibrine avec son cruor, de gélatine, d'albumine, quelquefois même de graisse dégénérée; enfin, l'on n'y retrouve que les formes connues de la matière animale qui compose le corps, et nous ne comprenons pas pourquoi l'on veut en faire des productions sans causes productrices appréciables (1). »

(1) *Annales de la médecine physiologique.*

Laennec a donné le nom de cyrrhoses à des concrétions granuleuses d'un jaune roux qui sont susceptibles de se développer dans des organes autres que le foie, mais qu'on rencontre principalement dans ce dernier.

« Les cyrrhoses qui surviennent dans le parenchyme hépatique forment ordinairement, dit Laennec, des petites masses dont le volume ne surpasse jamais celui d'un noyau de cerise, et quelquefois égale à peine celui d'un gros grain de millet. Ces masses sont toujours extrêmement nombreuses, et tout le tissu du foie en est parsemé. Leur petitesse fait que, lorsqu'on incise un foie dans lequel il en existe un grand nombre, son tissu paraît, au premier coup d'œil, homogène et d'une couleur jaune-fauve, assez semblable à celle qu'on nomme communément cuir de botte. Mais, si l'on examine plus attentivement le tissu hépatique, on s'aperçoit facilement qu'il est rempli d'une innombrable quantité de corpuscules assez semblables, pour l'aspect, à ces lobules de graisse durcie et roussâtre que l'on trouve communément dans le tissu cellulaire sous-cutané de la cuisse et de la jambe des sujets attaqués d'anasarque. Ces petites masses sont quelquefois unies très-intimement au tissu du foie; mais assez souvent elles en sont séparées par une couche mince de tissu cellulaire qui leur forme une enveloppe ténue, et alors ils se détachent assez facilement. »

Une particularité assez extraordinaire, et sur laquelle je dois insister, c'est que tout foie qui contient des cyrrhoses présente constamment une plus ou moins grande diminution de volume. Sa surface extérieure paraît en outre plissée, rugueuse, et ratatinée à peu près comme une pomme flétrie.

M. Andral a avancé, dans sa *Clinique médicale*, que la lésion organique qu'on appelle cyrrhose n'est autre chose qu'une hypertrophie de la substance blanche du foie. Mais ce n'est là qu'une hypothèse, qui repose elle-même sur une hypothèse, l'existence dans le foie de deux substances; l'une blanche et l'autre rouge (1); il suffit, d'ailleurs, de réfléchir que les cyrrhoses peuvent se développer dans des organes autres que le foie, pour s'apercevoir que l'opinion que je combats n'est pas admissible.

Les cyrrhoses ne diffèrent, selon moi, des tubercules que par la couleur; comme eux elles forment des masses de grosseur variée; comme eux elles existent à l'état de crudité et de ramollissement : tout porte à croire que ces deux productions morbides sont de même nature et proviennent des mêmes causes.

Le foie peut encore devenir squirrheux et passer à l'état d'encéphaloïde, qui, comme on sait, n'est que le dernier degré du cancer.

(1) Tous les anatomistes ne pensent pas que le foie soit composé de deux substances; on peut même dire qu'il n'y en a que trois ou quatre qui professent cette opinion, et encore font-ils observer que les subtances dont il s'agit ne sont distinctes dans l'état normal que pour celui qui les a remarquées lorsque la maladie les a rendues plus saillantes.

Telles sont à peu près les productions diverses qui, dans ces derniers temps, ont reçu le nom de tissus accidentels et sans analogues. J'ai cru pouvoir me dispenser de les soumettre à un examen plus approfondi, non-seulement par rapport à ce que j'ai dit, page 16, mais parce que ces sortes de lésions ont pour propriété spéciale d'être absolument identiques, quel que soit le lieu où elles aient leur siége, et que par conséquent les tubercules blancs, jaunes ou noirs, le squirre et l'encéphaloïde du foie, ne doivent pas présenter d'autres caractères que ceux qui se rencontrent dans les autres organes. Je n'ai pas balancé ensuite à leur attribuer une origine commune (*l'irritation*), parce que les médecins qui ne partagent pas le sentiment de M. Broussais sur ce point de pathologie semblent s'être rangés de l'avis de M. Andral, qui pense 1° que les tubercules, les mélanoses et le cancer du foie sont de véritables productions nouvelles déposées par voie de sécrétion dans le parenchyme hépatique; 2° que la cyrrhose n'est autre chose qu'une hypertrophie de la substance blanche du foie (1), et que, si l'on se souvient d'ailleurs de l'explication que j'ai donnée de la manière dont toutes ces altérations organiques se forment, lorsque rien n'annonce chez les malades que le foie ou les viscères environnans sont enflammés, on m'accordera sans peine qu'il est toujours possible de démontrer que l'irritation a présidé à leur développement.

Il est une autre espèce de lésion organique qu'on ne saurait s'empêcher de regarder comme provenant des mêmes causes que les tubercules: je veux parler de l'*hydropisie enkystée* du foie. Tous les kystes, en effet, sont des membranes de nouvelle formation qui surviennent à la suite d'une inflammation évidente, ou au moins d'un commencement d'irritation. Au surplus, les collections aqueuses ou séreuses du foie sont extrêmement rares, et nous possédons si peu de données sur les phénomènes qui les distinguent pendant la vie, qu'on ne peut en reconnaître l'existence qu'à l'ouverture du cadavre.

Quant à l'hydropisie hydatique du foie, que les auteurs prétendent être beaucoup plus commune que la précédente, si l'on réfléchit *qu'il existe entre les kystes ou vésicules séreuses qui tiennent au tissu cellulaire par leur surface externe et les vers hydatiques des transitions insensibles entre lesquelles il est très-difficile d'établir une démarcation tranchée* (2), on sera très-porté à penser avec moi que la mole hydatique ou en grappes et les trois espèces d'acéphalocystes dont l'animalité, suivant Béclard, peut encore être révoquée en doute, appartiennent aux kystes, et ne sont par conséquent, dans le cas qui nous occupe, qu'un résultat de l'irritation hépatique. Une autre chose qui ne contribue pas peu à me confirmer dans cette opinion, c'est qu'il existe souvent une identité parfaite de symptômes et de causes occasionnelles entre l'hydropisie hydatique du foie et la plupart des altérations organiques dont je viens de parler. C'est ainsi que, sur quatre individus observés à la Charité, chez lesquels le point de départ de l'affection du foie semblait avoir été également une violence extérieure, et chez lesquels il y avait eu également, au début de la maladie, douleur dans la région hépatique, le premier offrit un abcès creusé dans le parenchyme du foie; le second, des hydatides; le troisième, des masses cancéreuses; le quatrième, une diminution de volume de l'organe (1).

M. Louis parle d'un sujet chez qui le foie était devenu emphysémateux, plus léger que les poumons, et avait à peine le volume qui lui est naturel. Cet état du foie s'était-il manifesté avant ou après la mort? La dernière de ces hypothèses me paraît la plus vraisemblable. En admettant, au reste, que l'emphysème dont il s'agit se fût développé pendant la vie, ainsi que le croit M. Louis, il me semble qu'on ne saurait s'empêcher de le considérer comme le résultat d'une affection irritative: car, chez l'individu où il fut observé, tous les viscères thoraciques et abdominaux présentaient des traces de phlegmasie (2).

Il me resterait maintenant à examiner si, lorsque l'inflammation du foie ne s'est pas terminée par résolution, et que néanmoins il n'est survenu aucune des altérations qu'on observe à la suite de l'hépatite aiguë ou chronique, il est possible de juger, par la consistance et par la couleur du parenchyme, s'il y a eu ou non irritation. Mais, d'une part, la consistance normale de l'organe qui élabore la bile est très-peu connue, et tout ce qu'il est possible d'établir à ce sujet, c'est que, lorsque le parenchyme hépatique est d'une extrême friabilité, qu'il s'écrase et se réduit en pulpe sous le doigt qui le presse, l'analogie et les cas où l'on a vu cet état du foie coïncider avec tous les symptômes d'une hépatite doivent porter à admettre qu'il est le résultat d'un travail inflammatoire; de l'autre, personne n'ignore que la couleur du foie est susceptible de varier beaucoup dans l'état sain. Non-seulement elle n'est pas toujours alors, comme on le prétend, d'un rouge brun à sa surface; mais la substance hépatique, loin d'offrir constamment une teinte fauve ou jaunâtre à l'intérieur, est souvent d'une couleur brune. Or il est clair que, dans ce cas, la rougeur, signe non équivoque de l'inflammation, ne peut nullement servir à constater l'existence

(1) Suivant M. Andral, les tubercules sont toujours la suite d'une inflammation chronique; mais la matière tuberculeuse n'est qu'un pus d'une nature spéciale, qui, disséminé, infiltré dans les tissus ou rassemblé en foyer, se durcit par l'absorption des parties les plus ténues, jusqu'à ce qu'une recrudescence vienne le ramollir et le fondre par la sécrétion d'une matière liquide.

Quant aux mélanoses et au cancer, il les regarde également comme des produits de sécrétions morbides, mais il ajoute pour les mélanoses qu'il y a dans ce cas une sorte de dépôt du principe colorant du sang et de la fibrine, tous deux dans un état particulier.

(2) *Dictionnaire de médecine* en 18 vol., tome XII, page 529.

(1) *Clinique médicale*, tome IV, page 5.

(2) *Recherches anatomico-pathologiques sur la phthisie*, page 143.

de cette dernière. On s'accorde en général, cependant, à regarder la couleur rouge-foncé du tissu du foie comme provenant presque toujours d'un état d'irritation. Il paraît également à peu près certain que la teinte jaune très-prononcée et la pâleur de ce même tissu coïncident le plus communément avec des altérations qui dépendent d'un travail inflammatoire. On a aussi fait mention d'une couleur bronzée de l'intérieur qui s'accompagne d'une mollesse peu ordinaire du parenchyme hépatique, et qui, pour cette raison, me paraît être le produit d'une phlegmasie chronique. Quant à cette couleur ardoisée, noirâtre, disposée par plaques uniques ou multiples, et toujours nettement circonscrites, qu'on observe principalement à la face concave du foie, et qui se rencontre beaucoup plus fréquemment que celle dont il a été question jusqu'ici, on ignore en quoi elle consiste, et quelle est l'affection qui l'occasionne. « Si l'on en jugeait, dit M. Boisseau, par analogie avec des taches d'un noir plus foncé que l'on remarque, dans un plus petit nombre de cas, à la surface externe des intestins, on serait tenté de l'attribuer à l'inflammation; mais comment expliquer la singulière régularité des plaques noirâtres? Elles sont souvent triangulaires ou quadrangulaires; presque toujours elles finissent au bord tranchant, et, dans la direction opposée, une ligne droite les termine brusquement. Quel est alors l'état de la substance du foie? on l'ignore. Il est probable, cependant, que c'est d'elle que dépend particulièrement cette singulière coloration, ou, si l'on veut, décoloration, qui toujours se prolonge à l'intérieur du viscère (1). »

ÉTIOLOGIE.

Le foie est situé de manière que dans l'état naturel les corps extérieurs ne peuvent être en rapport direct avec lui. Mais cette circonstance, qui semblerait au premier abord devoir rendre l'irritation hépatique infiniment rare, n'empêche pas qu'elle ne s'observe très-fréquemment; et, pour le démontrer, il suffit de faire remarquer que la gastro-entérite, qui est une maladie extrêmement commune, s'accompagne presque toujours d'une supersécrétion bilieuse, et que celle-ci est une preuve non équivoque que le foie se trouve surexcité.

Lorsque l'irritation hépatique est primitive, les causes qui la déterminent sont : un coup, une chute sur la région hypocondriaque droite, une plaie pénétrante dans l'abdomen, une violente secousse dans la ligne verticale du corps, telle que celle qui résulte d'une chute sur les pieds, les fesses ou les genoux.

L'hépatite fut primitive dans les observations n° 1 et n° 4. Le second de ces deux faits surtout offre un intérêt d'autant plus grand que l'inflammation de l'appareil biliaire se montra seule exempte de complication, pendant six ou sept jours, et qu'on put, en quelque sorte, suivre de l'œil la marche que la nature prend en pareille occurrence.

Il arrive quelquefois que, sous l'influence d'un obstacle à la circulation situé dans la poitrine ou dans la cavité abdominale, le sang se ramasse dans l'organe qui sécrète la bile et le distend outre mesure. La congestion alors est toute mécanique; mais on sent facilement que, si cette congestion persiste ou se réitère souvent, elle peut devenir une cause d'inflammation pour le tissu où elle a son siége. L'hépatite dans ce cas doit-elle être regardée comme idiopathique? Quelques personnes s'étonneront peut-être que je réponde par l'affirmative. Mais je ferai observer que le seul moyen de s'entendre en étiologie est de ne considérer une affection morbide comme consécutive à une autre que lorsque cette dernière l'a produite directement. Or, ce n'est pas l'obstacle à la circulation qui ici a occasionné, à proprement parler, l'hépatite, mais bien le sang, qui, accumulé dans le foie, est devenu par sa présence une cause de stimulation pour ce viscère : la cause immédiate du mal résidait dans le parenchyme hépatique lui-même. Il n'y a donc rien d'extraordinaire que j'établisse que l'hépatite qui se développe de cette manière est idiopathique.

L'irritation hépatite consécutive résulte constamment d'une gastro-entérite ou d'une inflammation du péritoine.

L'affection de l'appareil biliaire qui survint chez le jeune homme dont j'ai tracé l'histoire, page 6, eut évidemment pour cause immédiate la phlogose du tissu péritonéal. Pour ce qui est des cas où l'irritation du foie dépend d'une phlegmasie du tube digestif, en voici deux dans lesquels la gastro-entérite occasionna non-seulement une supersécrétion bilieuse, mais encore une partie des signes qu'on a regardés jusqu'ici comme pathognomoniques de l'hépatite.

OBSERVATION N° 5.

Je fus appelé en consultation, le 10 mars 1822, pour un riche propriétaire des environs d'une ville où j'exerçais alors. Cet individu, âgé de trente-cinq ans, d'un tempérament bilieux et fortement constitué, n'avait, à ce qu'il paraît, dans le principe, qu'un embarras gastrique; mais un vomitif qu'il avait pris trois jours avant celui de la consultation avait considérablement exaspéré les accidens; il présentait, lorsque je le vis pour la première fois, les symptômes suivans : céphalalgie, bouche amère, langue rouge sur ses bords et à sa pointe, et couverte à son milieu d'un enduit jaune-verdâtre, soif très-vive, peau sèche et brûlante, douleur à l'épigastre, pouls dur, fréquent et serré, constipation, urines foncées en couleur. Mon opinion fut que la maladie était une gastro-entérite aiguë, qu'il falait se hâter de combattre par les sangsues à l'épigastre, la diète, les lavemens, les boissons acidulées et mucilagineuses. Le chirurgien ordinaire et deux autres médecins qui

---

(1) *Dictionnaire abrégé des sciences médicales*, tome IX, page 21.



avaient été appelés en même temps que moi opinèrent, au contraire, pour l'emploi d'un second vomitif, et comme j'étais seul de mon avis, il fut décidé qu'on administrerait sur le champ deux grains de tartrate de potasse antimonié. Ce remède détermina d'abondantes évacuations bilieuses par haut et par bas ; mais l'irritation, au lieu de diminuer, augmenta. Le lendemain l'hypocondre droit était devenu tendu et très-douloureux au toucher, et le décubitus sur ce côté était impossible. Je fis remarquer les mauvais effets de l'émétique, mais je ne fus pas plus heureux que la veille, et mes confrères, qui ne voyaient que des humeurs à évacuer, crurent devoir prescrire un purgatif. Je ne revis plus le malade depuis cette époque, mais je sais qu'il mourut quatorze jours après. Je sais aussi que le cadavre fut ouvert, qu'on trouva des traces évidentes d'inflammation dans les voies digestives, que le foie était gorgé de sang et très-volumineux, et que le péritoine sus-hépatique non-seulement était rouge, mais avait contracté des adhérences dans plusieurs points de son étendue avec les parties voisines.

OBSERVATION N° 6.

M. de C.... fut atteint de coliques violentes, le 20 avril 1826, pendant le traitement d'une uréthrite aiguë pour laquelle on avait fait plusieurs évacuations sanguines, employé le régime végétal et les boissons émollientes : il en était résulté un dérangement des organes digestifs, la langue était chargée, il était constipé, tout annonçait un commencement d'irritation dans ces organes. La température s'étant refroidie subitement, il en ressentit les effets : il mangea une soupe maigre et des poires cuites, il se coucha, eut beaucoup de peine à se réchauffer, et vers dix heures du soir il fut subitement atteint de coliques qui augmentèrent tellement qu'il m'envoya chercher au milieu de la nuit. Je le trouvai si souffrant qu'il se roulait sur le plancher ; il avait vomi les derniers alimens qu'il avait mangés ; l'épigastre était douloureux quand on le comprimait ; la douleur qu'il y ressentait semblait se propager vers les lombes ; le pouls était lent et serré, la langue sèche ; il ne faisait point de vents par en bas, tandis qu'il avait de fréquentes éructations ; les selles étaient supprimées. Il s'appliqua d'abord quelques linges chauds sur l'épigastre. A mon arrivée, je prescrivis une potion huileuse et un lavement. Celui-ci, dit le malade, semblait faire remonter la douleur ; quant à la potion huileuse, il la rendit presque de suite par le vomissement. J'espérais peu de ce médicament, que je n'avais donné que sur la demande du malade, qui l'avait vu administrer en pareille occasion. Jugeant bien qu'un tel état ne pouvait exister sans irritation, je fis mettre vingt sangsues sur le point douloureux. Aussitôt après leur chute, le malade se mit dans un bain tiède. Mais ces moyens n'apportèrent aucun soulagement : il souffrait extraordinairement, il ne put rester qu'un instant dans le bain, il vomit à plusieurs reprises de la bile porracée, les coliques augmentaient de plus en plus, il était dans une angoisse inexprimable ; les potions antispasmodiques, au lieu de calmer, paraissaient au contraire accroître la douleur. M. CAPIAUMON, chirurgien-major de l'école d'artillerie de Metz, vint le voir : il fut ainsi que moi, d'avis de réitérer l'application des sangsues. Mais le malade s'y étant refusé, nous témoignâmes le désir de consulter M. RAMPOU, médecin en chef de l'hôpital militaire d'instruction de cette ville. Il porta le même jugement que nous sur cette maladie, et, comme nous, il conseilla une nouvelle application de sangsues et l'emploi des bains. Tout cela fut exécuté, mais il n'en résulta qu'un léger amendement des symptômes précités. Les vomissemens et les coliques se renouvelaient moins fréquemment, le malade avait quelques instans de calme ; mais quand ces accidens avaient fini, il souffrait tout autant ; le pouls est toujours lent et serré, les traits de la face décomposés ; tout exprime une profonde douleur ; bientôt l'hypocondre droit devient douloureux quand on le comprime ; le foie semble dépasser les fausses côtes. Nous nous décidons à faire une forte saignée du bras : à peine le sang commence-t-il à couler de la veine que le malade se sent soulagé ; les envies de vomir et les coliques cessent, la chaleur se rétablit dans toutes les parties, la peau se couvre de sueur, il repose dans la nuit.

« Le 28, il s'est opéré une vive réaction : chaleur halitueuse ; pouls plein, accéléré, très-développé ; légère céphalalgie ; langue chargée, épaisse ; soif ; l'urine couleur de bière ; point de douleur à l'hypocondre, tandis que la pression de l'épigastre en fait ressentir une assez sensible.

« Le 29, tous les symptômes de la veille ont diminué ; le malade ne souffre nulle part, quoiqu'il n'ait point reposé dans la nuit.

« Le 30, rétablissement complet : il demande à manger. L'uréthrite, loin d'avoir été supprimée, s'est au contraire exaspérée (1). »

Les deux malades dont il s'agit ici furent réellement atteints d'une phlegmasie du foie, et cette dernière dut s'élever même à un assez haut degré d'intensité, puisqu'on observa une partie des symptômes que les auteurs ont regardés comme pathognomoniques de l'hépatite.

Je réduis, comme on voit, à un bien petit nombre de causes l'étiologie de l'irritation du foie ; et l'on m'objectera peut-être que les pathologistes qui n'avaient connu cette irritation que lorsqu'elle constitue une inflammation plus ou moins forte en admettaient une foule d'autres ; mais pour peu qu'on se donne la peine de méditer ce qu'ils nous ont transmis à ce sujet, on ne tardera pas à acquérir la certitude que toutes les causes que je n'ai pas nommées et dont ils font mention n'agissent qu'en provoquant soit une phlogose de la portion du péritoine qui correspond à l'appareil biliaire, soit une gastro-entérite, et que par conséquent on n'est nullement fondé à les comprendre parmi les causes de l'irritation hépatique.

La plupart des auteurs, par exemple, ont avancé que

(1) Cette observation est de M. BOBILIER, docteur en médecine, et a été extraite du *Journal universel des sciences médicales*, cahier 126, page 355.

l'habitation sous un ciel brûlant est une des conditions qui contribuent le plus au développement des maladies du foie. La vérité est que ces affections sont très-communes dans certaines contrées, telles que l'Egypte, les Indes orientales ; mais si ce fait a lieu, ce n'est pas parce que la chaleur modifie directement l'organe qui sécrète la bile. L'effet le plus ordinaire d'une température élevée est de rendre les voies digestives très-excitables et de disposer éminemment aux irritations gastro-intestinales. Ces irritations, une fois déclarées, se propagent aux tissus voisins : voilà la raison de la fréquence de l'hépatite dans les pays chauds.

M. Portal a remarqué que les grands mangeurs ont généralement le foie plus gros que les autres personnes. Ce médecin aurait dû ajouter que l'augmentation de volume, dans ce cas, tient ou à l'existence de la gastroduodénite, qui, comme on sait, s'observe souvent chez les individus qui mangent beaucoup, ou à ce que les organes digestifs, se trouvant alors continuellement en exercice et continuellement stimulés, transmettent au foie une somme d'excitation plus forte que de coutume, ce qui à la longue suffit pour déterminer l'hypertrophie ou l'obstruction de ce viscère.

L'organe qui sécrète la bile ne devient quelquefois plus volumineux chez les sujets atteints de scrophules ou d'affections vénériennes que parce que ces deux états morbides coïncident, dans une infinité de cas, avec une irritation de la muqueuse gastrique, qui elle-même tient alors soit aux progrès naturels du mal, soit aux moyens qu'on emploie pour le combattre (1).

C'est par un mécanisme absolument semblable que le parenchyme hépatique acquiert fréquemment un développement considérable dans les fièvres intermittentes. Ces dernières n'étant très-souvent, en effet, que des gastro-entérites périodiques, on conçoit facilement que, lorsqu'elles durent fort longtemps, ou que, par l'usage intempestif ou l'abus du quinquina, on leur donne une nouvelle intensité, elles peuvent se propager au foie et en déterminer l'hypertrophie ou l'obstruction.

Les viandes noires ou grasses, rôties ou assaisonnées par l'art dangereux de nos cuisiniers; les assaisonnemens chauds (poivre, piment, girofle, etc.), les vins généreux, les liqueurs spiritueuses, les vomitifs et les purgatifs employés d'une manière peu méthodique; tous les agens connus, en un mot, sous la dénomination de stimulans, portent leur première action sur l'estomac et le duodénum. Ce n'est jamais que lorsqu'ils ont produit une gastro-entérite, ou, si l'on veut, une gastro-duodénite, et que celle-ci s'est transmise par les canaux biliaires (1) au foie, que les signes de l'irritation hépatique se déclarent.

Ces affections de l'appareil biliaire ne sont si communes chez les personnes qui mènent une vie sédentaire ou qui se livrent aux travaux du cabinet que parce que la digestion se fait ordinairement mal quand elle n'est pas aidée par l'exercice, ou que l'esprit se trouve dans un état habituel de contention.

Le refroidissement par l'exposition à un courant d'air ou l'immersion d'une partie ou de la totalité du corps dans l'eau froide, la répercussion d'un exanthème, de la goutte ou du rhumatisme, sont susceptibles aussi, dit-on, d'occasionner l'hépatite. Cette proposition ne me paraît pas plus fondée que les précédentes. Lorsque l'inflammation du foie survient à la suite de la suppression subite de la perspiration cutanée, de la disparition d'un exanthème, etc., ces causes, loin de modifier directement le parenchyme hépatique, commencent toujours par provoquer soit une gastro-entérite, soit une péritonite, suivant que le sujet est prédisposé à l'une ou à l'autre de ces maladies par l'état de l'atmosphère, son régime, ses habitudes, sa constitution. Une chose qui déjà milite beaucoup en faveur de l'opinion que j'émets ici, c'est que le péritoine et la muqueuse gastro-intestinale sont dans un rapport d'alternative avec la peau et peuvent devenir supplémentaires de celle-ci, tandis qu'il n'existe aucune sympathie, bien connue du moins, entre le système dermoïde et l'appareil biliaire; mais, ce qui ne permet pas d'hésiter à la considérer comme la seule qui puisse être admise dans l'état actuel de la science, ce sont les faits que je vais rapporter.

OBSERVATION N° 7.

Un jeune homme âgé de vingt et un ans, d'un tempérament bilieux et d'une grande mobilité nerveuse, se baigna par un temps assez froid dans une rivière qui coule près de la campagne qu'il habitait non loin de Bordeaux. Au sortir de l'eau, il éprouva des frissons, des anxiétés, et une douleur à la région du foie, qui, d'abord légère, fut en augmentant, au point que le soir elle était très-aiguë et gênait beaucoup la respiration. Le lendemain le pouls était dur et plein, la langue jaune, la bouche amère; la douleur de l'hypocondre droit surtout avait pris un caractère plus intense, et le décubitus sur ce côté était impossible. Cette affection morbide fut traitée par les antiphlogistiques, mais d'une

(1) Ce que j'avance ici relativement aux personnes qui sont affectées des écrouelles ou de la syphilis mériterait, à raison de sa nouveauté et de son importance, d'être appuyé par des faits, et je n'en cite aucun. Mais j'invite le lecteur à consulter, dans le *Traité des maladies du foie*, par M. Portal, l'article intitulé : *De l'état du foie par vice scrophuleux*, et celui qui a trait aux altérations hépatiques qui paraissent survenir à la suite de la vérole. Dans le premier, comme dans le second de ces articles, la plupart des observations que M. Portal a recueillies lui-même, et qui, sous ce rapport, n'en ont que plus de droit à notre confiance, prouvent que ce n'est presque toujours qu'après que les signes d'une lésion gastrique ont paru que l'organe qui élabore la bile s'enflamme et se désorganise.

(1) Et quelquefois aussi par les veines qui naissent à la surface de la membrane muqueuse intestinale, et se continuent en s'anastomosant avec les petites veines mésaraïques, qui, à leur tour, vont aboutir au tronc de la veine porte. M. Ribes a le premier émis cette opinion, qui me paraît très-vraisemblable.



manière trop timide, selon moi, et c'est ce qui fit qu'elle passa à l'état chronique. Le malade ne tarda pas à se trouver en proie à une fièvre lente qui redoublait régulièrement tous les soirs ; le teint devint jaune, l'épigastre douloureux, la respiration difficile et accompagnée d'une toux sèche. Plus tard, l'hypocondre droit se tuméfia ; lorsqu'on pressait cette partie, on sentait que le foie était dur, inégal à la surface, et dépassait de beaucoup les fausses côtes. La mort eut lieu l'année dernière, vers la fin du printemps, après neuf ou dix mois de souffrances. On ne fit point l'autopsie.

L'organe qui fut le premier affecté, dans ce cas, fut évidemment le péritoine : car j'ai prouvé, comme on sait, que les douleurs aiguës de l'hypocondre appartiennent à la péritonite. Ce ne fut qu'après, et sous l'influence de cette dernière, que le foie devint malade. La cause de l'hépatite dont il s'agit ne fut donc pas, à proprement parler, l'immersion dans l'eau, mais bien la péritonite qui résulta immédiatement de l'impression subite du froid sur la peau.

OBSERVATION N° 8.

Une femme âgée de vingt-cinq ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, ayant été se baigner, le 12 juillet 1821, dans le Drot, petite rivière du département de Lot-et-Garonne, éprouva pendant la nuit des envies de vomir continuelles, une chaleur insupportable dans tout le corps, et des angoises inexprimables. Le lendemain et les deux ou trois jours suivans, ces symptômes devinrent plus prononcés, des vomissemens fréquens eurent lieu, une fièvre violente se déclara. Le traitement que son médecin lui prescrivit la soulagea promptement ; mais sa guérison ne fut pas complète, elle ne recouvra pas sa fraîcheur habituelle, et il lui resta un sentiment de pesanteur et d'anxiété dans la région épigastrique, qui se manifestait principalement un peu avant le repas et pendant le travail de la digestion. Cet état de choses dura à peu près quatre mois. Au bout de ce temps, et sans cause appréciable, l'appétit disparut entièrement : les nausées, les vomissemens et la fièvre se renouvelèrent. On combattit ces accidens de la même manière que la première fois, mais avec moins de succès. Les digestions ne se firent plus qu'avec peine, une fièvre lente se déclara, et l'embonpoint commença à diminuer à vue d'œil. Deux ou trois mois après, une nouvelle recrudescence étant survenue, je fus appelé en consultation. Je trouvai la malade dans un état de maigreur extraordinaire ; l'estomac ne pouvait supporter aucun aliment solide ; la langue était rouge et sèche ; la peau brûlante, le pouls petit et très-fréquent. Une circonstance qui me frappa surtout, et qui n'avait pas fixé l'attention de mon collègue, c'est que l'hypocondre droit était bombé et douloureux : lorsqu'on comprimait cette partie, on sentait que la tuméfaction était produite par le foie, qui avait acquis des dimensions considérables et qui était devenu extrêmement dur.

Cette femme mourut. Les parens ne voulurent pas permettre qu'on en fît l'ouverture ; mais je ne crois pas qu'on puisse douter, d'après ce que je viens de dire, qu'il n'y eût chez elle une lésion de l'appareil biliaire ; je ne crois pas non plus qu'il soit possible d'admettre que cette dernière fût le résultat immédiat de l'immersion dans l'eau, car les premiers symptômes qu'on remarqua furent ceux de la gastro-entérite. Cette observation prouve donc, comme la précédente, que l'action du froid ne produit pas directement l'hépatite.

OBSERVATION N° 9.

Une couturière âgée de dix-huit ans, d'un tempérament lymphatique, fit disparaître très-promptement une gale ancienne dont elle était atteinte. Peu de jours après, une diarrhée légère, accompagnée de coliques et de ténesmes, se déclara. A ces accidens se joignirent bientôt une douleur à l'épigastre, des envies de vomir et la perte totale de l'appétit. Le chirurgien de la malade vit dans ces symptômes l'indication d'un vomitif, et l'administra. L'effet de cet émétique n'ayant pas répondu à son attente, il en fit prendre un second, après quoi il ordonna plusieurs purgatifs pour achever, disait-il, de nettoyer les premières et les secondes voies. Ce traitement n'amena aucun changement favorable : la diarrhée et les coliques persistèrent, la sensibilité de la région épigastrique augmenta, et le dégoût pour les alimens fut porté au point que leur aspect seul suffisait pour occasionner des soulèvemens d'estomac. Les parens, voyant que leur fille ne guérissait pas, s'adressèrent à un médecin du voisinage, qui, se fondant sur ce que les règles n'avaient pas reparu depuis deux mois, crut devoir recourir aux emménagogues et en prescrire de toutes les espèces et sous toutes les formes. L'usage de cette médication nouvelle dura trois mois, et les résultats n'en furent nullement avantageux. Sous son influence, au contraire, les choses prirent une marche beaucoup plus fâcheuse : la maigreur devint extrême, la peau se colora en jaune, des vomissemens eurent lieu d'espace en espace ; chaque jour, en outre, une petite fièvre se manifestait vers le soir et durait une partie de la nuit. Tel était l'état de la malade lorsqu'elle témoigna le désir de me consulter. Mon premier soin, en arrivant auprès d'elle, fut de palper le bas-ventre, et comme toutes les apparences extérieures me l'avaient fait présumer déjà, j'acquis la certitude qu'il y avait une lésoin du foie : ce viscère était si volumineux qu'il débordait de trois ou quatre doigts les fausses côtes, et que l'hypocondre droit en était soulevé. Cette jeune personne périt dans le marasme le plus complet. Le cadavre ne fut point ouvert.

Il est évident que dans ce cas la répercussion de la gale détermina une irritation qui, d'abord fixée sur les intestins, s'étendit bientôt à l'estomac. Cette irritation, traitée d'une manière peu convenable, se propagea au parenchyme hépatique. Chez un individu qui eût été plus prédisposé aux affections du péritoine qu'à celles de la membrane muqueuse gastro-intestinale, la disparition de l'éruption psorique aurait produit de préfé-

rence une irritation du tissu péritonéal; mais elle n'aurait, pas plus dans cette circonstance que dans l'autre, agi immédiatement sur le foie.

L'hépatite qu'on dit être produite par la rétrocession de la goutte ou du rhumatisme ne se développe pas d'une manière différente; le péritoine ou les voies digestives sont toujours alors les premiers enflammés : ce n'est qu'après, et par suite de l'irritation de l'un ou de l'autre de ces deux organes, que celui qui élabore la bile devient malade.

On a mis également au nombre des causes de l'hépatite l'inflammation du tissu cellulaire de l'abdomen et celle de la plèvre. L'observation n° 3 prouve que, lorsque les parois du bas-ventre sont enflammées, l'organe auquel l'irritation commence par se communiquer est la membrane péritonéale. Pour ce qui concerne la pleurésie, le fait suivant suffira pour mettre hors de doute que c'est encore par l'intermédiaire du péritoine que l'hépatite survient en pareille occurrence.

OBSERVATION N° 10.

Je fus invité, en mars 1820, à soigner, conjointement avec un autre médecin, un jeune homme robuste et d'un tempérament bilioso-sanguin. Cet individu présentait tous les signes d'une phlegmasie très-intense de la plèvre et du poumon droit : le symptôme prédominant avait été dans le principe une douleur située au-dessous du sein, et tellement aiguë que, dès le second jour, la respiration ne se faisait plus du côté affecté que par le moyen du diaphragme. A l'époque où nous fûmes convoqués, l'inflammation avait envahi ce muscle, et la dilatation de la poitrine était en quelque sorte nulle à droite. Le malade mourut. A l'ouverture du cadavre, le poumon, la plèvre et le diaphragme offrirent des traces évidentes d'irritation. Mais ce à quoi nous ne nous attendions pas, mon collègue et moi, c'est que le foie en offrait aussi : il était d'un rouge foncé, beaucoup plus gros que de coutume, et la membrane séreuse avait contracté de nombreuses adhérences avec les tissus ambiants.

L'affection qui, chez le sujet dont il s'agit ici, se développa la première, et occasionna la mort, fut évidemment une pleuro-péripneumonie, puisqu'on n'observa pendant la vie que les symptômes de cette phlegmasie : l'irritation débuta par la plèvre costale et le poumon; de là, elle se propagea au diaphragme et au péritoine diaphragmatique; celui-ci la transmit en définitive à l'appareil biliaire. La cause immédiate de l'hépatite dans cette circonstance fut donc la péritonite.

On a déjà vu que M. Louis avait été conduit par une suite d'observations bien circonstanciées à établir *que la transformation graisseuse du foie existe presque uniquement chez les individus atteints de phthisie, en sorte qu'on peut jusqu'à un certain point la considérer comme une dépendance de cette dernière espèce de lésion.* Cette proposition est sans doute trop générale, et les faits qui prouvent que l'état gras du foie peut se développer sous l'influence d'une maladie autre que la phthisie sont beaucoup plus nombreux que ne le prétend M. Louis. Mais, ce qui me paraît certain, c'est que lorsque la dégénérescence qui nous occupe se forme chez les phthisiques, ce fait a lieu parce que l'irritation des voies aëriennes s'est communiquée au péritoine diaphragmatique, et de là au foie. On m'objectera peut-être que la phthisie n'est point une affection irritative; mais je répliquerai à cela que la plupart des médecins aujourd'hui regardent les mots *phthisie* et *pneumonie chronique* comme synonymes. En supposant, au surplus, qu'une pareille manière de voir ne fût pas admissible, on ne saurait me refuser qu'il se déclare constamment dans le cours de la phthisie des inflammations plus ou moins étendues de la plèvre. Eh bien, ce sont ces inflammations qui, quoique peu prononcées, se transmettent au péritoine et au parenchyme hépatique.

Les excès d'étude, les passions violentes, les chagrins profonds, les accès de colère, l'insolation, n'agissent pas non plus directement sur le foie. Toutes ces causes commencent par produire une irritation du cerveau et de ses membranes; celle-ci, lorsqu'elle est intense ou qu'elle dure longtemps, se transmet à la muqueuse gastro-intestinale. On peut m'opposer, je le sais, qu'il est difficile de concilier avec cette théorie les cas où la jaunisse se développe instantanément sous l'influence d'une émotion morale vive. Mais ces sortes de cas, selon moi, ne font pas exception à la règle que j'établis, et il résulte évidemment de ce que je dirai plus loin que l'état du foie qui produit l'ictéricie spasmodique reconnaît pour cause prochaine une lésion gastro-intestinale, qui, elle-même, est survenue immédiatement après une émotion morale vive, telle qu'une grande frayeur, un accès de colère, etc.

C'est encore par un mécanisme analogue que l'hépatite se développe à la suite des plaies de tête. Toutes les fois qu'il n'y a pas eu alors lésion concomitante de l'organe qui élabore la bile et de l'encéphale, l'irritation de celui-ci ne se communique au parenchyme hépatique que par l'intermédiaire du tube alimentaire. Il m'eût été facile de citer une foule de faits pratiques à l'appui de cette proposition, mais comme dans tous les cas où l'encéphalite traumatique se trouve compliquée avec une altération de l'appareil biliaire les choses se passent de la même manière que dans l'une ou dans l'autre des deux observations suivantes, j'ai cru que je pouvais me dispenser d'en rapporter un plus grand nombre.

OBSERVATION N° 11.

M. B...., officier en retraite, âgé d'environ quarante-cinq ans, était depuis longtemps livré à la crapule la plus dégoûtante. Plusieurs fois j'avais eu occasion de le voir à l'hôpital de la marine, où souvent on l'apportait gorgé de vin et d'eau-de-vie, couvert de contusions et de meurtrissures.

Le 1er juillet 1823, à dix heures du soir, chassé d'un cabaret où il avait déposé les restes de sa raison, il se

rendit dans sa chambre au deuxième étage, d'où il tomba ou se jeta par la fenêtre. La tête frappa fortement contre un balcon en fer du premier étage, et il retomba ensuite jusqu'à terre, ayant fait une chute de trente-cinq pieds. Apporté à l'hôpital à onze heures du soir, dans un état complet d'ivresse, il fut soumis à l'examen le plus attentif. On trouva aux tégumens crâniens, vis à vis la portion temporale droite du frontal, une plaie d'environ un pouce de longueur, et par laquelle sortait une assez grande quantité de sang artériel. Le voisinage de l'artère temporale moyenne fit penser que l'hémorrhagie pouvait être due à sa rupture : une incision de deux pouces, à partir de l'angle inférieur et interne de la plaie, mit à découvert deux branches artérielles qui furent liées aussitôt. On fit un pansement simple, et on appliqua le bandage.

Le pouls était assez élevé au moment de l'entrée du malade ; on lui pratiqua une saignée d'environ dix onces. Du reste, tous les symptômes de l'épanchement et de la fracture existaient. Large ecchymose autour de l'œil droit ; écoulement de sang par les narines, les oreilles et la bouche ; deux bosses énormes sur le front, coma profond ; respiration précipitée et stertoreuse. Ces symptômes firent pronostiquer une mort prochaine, qui arriva, en effet, un quart d'heure après le pansement, pendant lequel on sentait une dépression graduelle du pouls.

AUTOPSIE.

Habitude extérieure.

Sujet musclé ; face violacée et recouverte encore en partie de sang coagulé ; ecchymose de l'œil droit ; plaie des tégumens du crâne de trois pouces d'étendue ; bosse avec épanchement de sang dans le tissu cellulaire sous-cutané du côté gauche de la tête seulement ; traces de contusions sur le côté droit de la poitrine.

Tête.

Fracture considérable du frontal, depuis la ligne médiane jusqu'à sa suture avec le pariétal droit et l'aile du sphénoïde ; une seconde fracture, perpendiculaire à la précédente, part de la bosse pariétale droite, croise la première à angle aigu, traverse les voûtes orbitaires droite et gauche, longe l'ethmoïde du côté gauche, coupe le corps du sphénoïde, et se termine aux apophyses clinoïdes entièrement séparées de l'os auquel elles appartiennent. De cette disposition résultent deux éclats du frontal, qui, enlevés, laissent la dure-mère à découvert dans une étendue de deux pouces carrés, et déchirée près de la voûte orbitaire droite, et non loin de l'apophyse crista-galli. Enfin, une troisième fracture, moins considérable que les deux autres, se dirige obliquement en dehors et en bas, divise l'arcade sourcilière droite à sa partie externe, et se perd sur l'aile du sphénoïde et la face antérieure du rocher du même côté. L'encéphale, dont les vaisseaux sont fortement injectés, présente un affaissement considérable et un épanchement de sang dans les ventricules.

Poitrine.

Épanchement de sang dans la cavité droite de la plèvre, poumon droit déchiré dans plusieurs points, quoique sain du reste.

Abdomen.

Colon boursouflé, estomac distendu, foie de couleur pâle ; épanchement de sang dans la cavité abdominale, provenant sans doute de déchirures assez étendues que le foie présente dans ses lobes principal et moyen. L'estomac est plein de liquide, qu'à sa couleur et son odeur on reconnaît pour du vin mêlé à de l'eau-de-vie. Une plaque rougeâtre d'un pouce et demi de diamètre s'observe au fond du grand cul-de-sac. Les autres viscères abdominaux n'offrent rien de particulier (1).

OBSERVATION N° 12.

Un soldat âgé de trente ans, et d'une forte constitution, reçut deux coups de sabre : l'un avait porté sur le masséter et la glande parotide du côté gauche ; l'autre avait été tellement dirigé que la table externe du coronal était divisée dans l'étendue de deux pouces. La plaie et les symptômes n'offrirent rien de particulier les premiers jours ; mais, le huitième jour, vomissement bilieux, et les jours suivans augmentation de la fièvre avec un enduit jaunâtre de la langue ; la suppuration se supprima, et le malade mourut le vingt-cinquième jour de sa blessure. A l'ouverture du corps, on trouva le foie parsemé de petites ulcérations et recouvert dans toute son étendue d'une légère couche de matière purulente jaunâtre. (*Journal de* Desault, tome 2, page 11.)

L'affection du parenchyme hépatique qu'on rencontra chez M. B... fut évidemment indépendante de celle de la tête : il est incontestable, en effet, que la cause qui produisit dans ce cas la fracture du crâne détermina également une violente commotion du foie ; ce viscère était déchiré. Jamais certes l'encéphalite n'a occasionné de semblables désordres ; la mort arriva trop promptement, d'ailleurs, pour que la pulpe cérébrale eût eu le temps de s'enflammer et de faire participer à son état de souffrance d'autres tissus.

Pour ce qui concerne le soldat dont parle Desault, il y eut véritablement chez lui hépatite, et le développement de cette phlegmasie fut postérieur à celui de l'encéphalite. Mais on ne saurait me refuser que dans cette circonstance le premier organe auquel l'irritation du cerveau se transmit fut la membrane muqueuse digestive, car on ne remarqua dans le principe que les phé-

(1) Cette observation est de M. Bouyer, officier de santé de la marine, à Rochefort, et a été extraite du *Journal médical de la Gironde*, tome IV, page 391.



nèmes qui résultent pour l'ordinaire des blessures du genre de celle dont il s'agit ici, et quand les accidens parurent s'aggraver, les symptômes qui se manifestèrent furent ceux de la gastro-entérite.

Ces deux observations confirment pleinement, comme on voit, l'opinion que je viens d'émettre : la seule conséquence qu'on puisse en tirer, c'est que, lorsqu'il n'y a pas eu dans les plaies de tête lésion concomitante de l'appareil biliaire et du cerveau, et que néanmoins l'hépatite se déclare, cette dernière dépend immédiatement de la gastro-entérite qui la précède toujours en pareille occurrence.

On me demandera peut-être pourquoi la céphalite non traumatique s'accompagne si rarement d'abcès au foie. Cette différence tient, selon moi, à celle des causes. Lorsque l'inflammation du cerveau survient à la suite d'un coup, d'une chute, etc., elle est plus intense, les sympathies qu'elle excite sont plus nombreuses et plus énergiques. Ajoutez à cela qu'elle coexiste le plus communément alors avec une fracture du crâne ou une plaie plus ou moins contuse des parties molles qui recouvrent cette boîte osseuse, et vous n'aurez pas de peine à concevoir pourquoi les abcès hépatiques s'observent plus souvent dans l'encéphalite traumatique que dans celle qui ne l'est pas.

Il demeure donc démontré que, parmi les causes que les auteurs ont assignées à l'hépatite, il n'y a que celles que j'admets qui la produisent réellement. Toutes les autres appartiennent à la gastro-entérite ou à la péritonite, et ne doivent pas par conséquent être mises au nombre des causes de l'irritation hépatique. Que si l'on m'objecte que, dès le moment que j'ai établi que, lorsque la maladie qui nous occupe ne provient pas d'une contusion ou d'une solution de continuité, elle dépend toujours d'une phlegmasie gastro-intestinale ou d'une phlogose du péritoine, je ne saurais m'empêcher de regarder les circonstances qui peuvent donner lieu à ces deux dernières affections comme prédisposant au moins à la première, je répliquerai que cela n'offrirait pas d'inconvénient, si l'on se pénétrait bien que ces circonstances ne modifient pas directement le foie, ou, en d'autres termes, ne le modifient que par le moyen d'une irritation étrangère à cet organe. Mais l'opinion que je combats présente ce vice fondamental que les personnes qui l'ont professée jusqu'ici, ne tenant aucun compte de l'inflammation préexistante des voies digestives ou de la membrane séreuse du bas-ventre, n'ont vu que l'hépatite, c'est-à-dire qu'un résultat, et n'ont dirigé leurs efforts que contre ce résultat. Voilà pourquoi j'ai pensé qu'il était préférable de poser simplement en principe que l'irritation hépatique qui n'est pas primitive reconnaît exclusivement pour cause une gastro-entérite ou une péritonite. En procédant ainsi, on va droit au but; on ne risque pas surtout d'errer sur la nature et l'origine du mal.

J'ajouterai que, les choses qui agissent en excitant primitivement le tissu du foie étant infiniment moins nombreuses que celles qui commencent par produire une inflammation de l'estomac ou du péritoine, l'irritation hépatique doit être bien plus souvent consécutive qu'idiopathique. On ne me peut refuser encore que, la gastro-entérite étant beaucoup plus fréquente que la péritonite, l'irritation du foie doit être beaucoup plus souvent le résultat du premier que du second de ces états morbides. Ces deux propositions nous conduisent naturellement à celle-ci : *La cause la plus commune de l'irritation hépatique est la gastro-entérite.*

L'inflammation primitive du foie revêt pour l'ordinaire le caractère de l'acuité.

L'hépatite consécutive, au contraire, prend en général la marche chronique à son début, ou, si elle est aiguë en commençant, elle passe fréquemment à l'état chronique.

Doit-on considérer l'hépatite comme pouvant occasionner directement l'inflammation du cerveau? Je ne le pense pas, et je me fonde sur ce que l'observation n° I prouve sans réplique, que l'encéphalite qui survient pendant le cours d'une hépatite ne dépend pas des sympathies que le foie a développées directement dans le cerveau, mais bien de la réaction de l'estomac enflammé sur ce dernier organe. Les symptômes cérébraux ne se manifestèrent, en effet, dans ce cas, qu'après que la phlegmasie gastro-intestinale fut devenue très-prononcée, et leur intensité fut constamment en raison des progrès de celle-ci. Que si l'on m'objecte que je ne cite qu'un fait à l'appui de mon opinion, je répliquerai que, si l'on se donne la peine d'examiner tous ceux de ce genre que les auteurs nous ont transmis, on ne tardera pas à se convaincre que les choses se passent toujours comme je le prétends. On ne saurait donc s'empêcher de m'accorder que l'encéphalite n'est jamais le résultat immédiat de l'irritation hépatique.

Ce serait le moment maintenant d'examiner, comme je m'y étais engagé en parlant des terminaisons de l'irritation hépatique, si, lorsqu'il y a ce qu'on pourrait appeler une métastase, ou, en d'autres termes, que l'hépatite diminue ou disparaît, et que le délire se déclare, l'encéphalite dépend des sympathies que le foie enflammé a pu exciter dans le cerveau, ou si elle ne tient pas plutôt à la gastro-entérite qui s'observe toujours en pareille occurrence. Mais il est clair que, dès le moment que j'ai démontré dans le paragraphe précédent que l'encéphalite ne se manifeste à la suite de l'hépatite que tout autant que celle-ci a déterminé préalablement l'inflammation du tube alimentaire, cette dernière a été dans ce cas la cause occasionnelle de l'affection cérébrale, qui, une fois développée, est devenue prédominante et a masqué ou fait disparaître réellement l'irritation préexistante de l'appareil biliaire. Cette question se trouve donc implicitement résolue; il ne serait d'aucune utilité de la soumettre à un examen plus approfondi.

Telles sont les idées que je professe sur le mode de production de l'irritation hépatique. Personne avant moi n'avait traité ce sujet avec plus d'étendue, et, si je ne me trompe, d'une manière plus satisfaisante; je n'en excepte pas même M. Broussais. Outre que ce médecin, en effet, n'a eu en vue dans ses écrits que le degré

de l'irritation du foie qui constitue l'hépatite des auteurs, et qu'il dit très-peu de choses sur la concomitance des abcès hépatiques avec les plaies de tête, la plupart des objections qui lui ont été faites ne sauraient m'être adressées. C'est ainsi, par exemple, que les cas où l'hépatite dépend d'une phlegmasie du tissu péritonéal se concilient parfaitement avec ma manière de voir, tandis qu'ils sont en opposition directe avec celle du professeur du Val-de-Grâce, qui établit, comme on sait, que l'hépatite non traumatique est constamment produite par une gastro-entérite.

Les cas d'hépatite non traumatique à la suite desquels on n'a rencontré aucune trace de phlegmasie dans les voies digestives ne militent pas autant qu'on pourrait le croire contre l'opinion de M. Broussais : car il ne répugne nullement d'admettre que quelquefoie, en pareille occurrence, la gastro-entérite a pu disparaître et l'hépatite persister et continuer à faire des progrès (1). Mais il est plusieurs de ces cas auxquels ces réflexions ne sont pas applicables, et qui s'expliquent naturellement dans la théorie que je propose, parce que, dans tous les faits de cette dernière espèce, il est possible de prouver que l'hépatite provenait d'une péritonite.

Les cas d'hépatite où la membrane muqueuse gastro-intestinale offrait des traces d'inflammation, mais seulement dans l'estomac ou dans les derniers intestins grêles, le duodénum étant parfaitement sain, ne sont pas, à beaucoup près, d'une aussi grande importance que les précédens. Mais j'ai encore ici cet avantage sur M. Broussais, que lui ne peut se rendre compte de la production de l'hépatite dans cette circonstance qu'en admettant qu'une phlegmasie assez considérable pour laisser des traces de son existence, soit dans l'estomac, soit dans l'iléon ou le jéjunum, avait dû nécessairement se propager au duodénum, et que l'irritation de celui-ci, quoique peu intense, avait déterminé celle du foie; tandis que moi je puis, outre cette explication, en donner une autre, au moins pour les cas où la partie de l'estomac qui est contiguë au foie se trouve affectée, et dire que l'inflammation passe alors directement de la membrane muqueuse gastrique à la portion du péritoine qui lui correspond, et se communique ensuite au parenchyme hépatique.

Les adversaires de la doctrine physiologique ont avancé également que les désordres du tube alimentaire sont quelquefois si minimes, qu'on ne peut leur attribuer ceux que le foie présente. Mais les faits de cette nature n'infirment ni l'opinion de M. Broussais ni la mienne, attendu qu'on ne les observe que chez les personnes éminemment prédisposées aux affections de l'appareil biliaire. Il y a des individus chez qui le foie est, dans l'état normal, plus volumineux, plus irritable, plus susceptible de devenir malade, que chez les autres hommes. La gastro-entérite la plus légère suffit alors pour déterminer tantôt une sécrétion très-abondante de bile, tantôt une véritable hépatite, et il n'y a pas de raison pour que celle-ci, une fois développée, ne s'accroisse indéfiniment.

J'ai cru devoir entrer dans ces détails, parce que les médecins qui ne sont pas très au courant des dogmes de la nouvelle école auraient pu penser que je n'ai fait que reproduire ici les idées que M. Broussais a émises sur l'étiologie de l'hépatite. La théorie de cet auteur, je le répète, diffère sur plusieurs points de celle que je propose. Dans l'une, on n'a eu en vue qu'un degré de l'irritation hépatique; dans l'autre, on prend cette irritation à son début, on la suit dans sa marche, on l'envisage sous toutes ses formes. Dans l'une, on glisse en quelque sorte sur une difficulté majeure, *la concomitance des plaies de tête avec les abcès du foie;* dans l'autre, on a cherché à remplir cette lacune et l'on y a réussi. L'une enfin est susceptible de plusieurs objections solides; l'autre se prête à toutes les explications et s'accorde toujours avec les faits.

PRONOSTIC.

Lorsque l'irritation du foie est consécutive et qu'elle n'est qu'à son premier degré, elle n'offre rien de dangereux : on est toujours sûr de la voir céder à des moyens appropriés.

L'irritation hépatique primitive se manifeste constamment par des signes plus nombreux et plus prononcés que dans le cas précédent; toutes les fois néanmoins qu'elle existe seule, c'est-à-dire qu'elle ne s'est pas propagée encore au péritoine et au tube digestif, il est facile d'en arrêter le cours. L'ouvrier dont j'ai rapporté l'histoire, page 8, présentait une lésion de ce genre quand il vint chez moi me consulter : je suis persuadé qu'il ne fallait à cette époque qu'une saignée du bras ou une forte application de sangsues à l'hypocondre, et un régime approprié, pour dissiper les accidens et amener une prompte guérison.

Les symptômes que les auteurs ont assignés à l'hépatite aiguë indiquent, comme je l'ai prouvé, que la membrane muqueuse alimentaire, le foie et le péritoine, sont enflammés en même temps. L'état morbide qui résulte de l'affection simultanée de ces trois organes est très-grave et l'issue en est très-souvent malheureuse. J'ajouterai pourtant que la gastro-hépato-péritonite aiguë ne se terminerait pas à beaucoup près aussi fréquemment par la mort si l'on employait pour la combattre une médication plus rationnelle. Ne fût-il possible d'alléguer à l'appui de cette assertion que le succès que j'ai obtenu chez l'ouvrier dont je viens de parler, que ce fait seul devrait suffire pour engager les praticiens à imiter la conduite que j'ai tenue en cette occasion.

Quand l'irritation du foie a revêtu les caractères d'une phlegmasie chronique, la maladie, pour être moins intense et moins douloureuse, n'en est que plus difficile à guérir. L'une des principales causes surtout de la presque inutilité de l'art dans ce cas, c'est que, lorsque

(1) Ce qui doit porter surtout à penser que les choses se passent quelquefois ainsi, c'est que les faits dont il s'agit appartiennent tous à l'hépatite chronique.

l'hépatite prend la marche chronique en commençant, ce qui arrive le plus communément, on ne s'aperçoit pour l'ordinaire que le foie est enflammé qu'après que ce viscère est devenu le siége d'une dégénération morbide, et que nous ne possédons aucun moyen de rétablir dans leur état normal les tissus véritablement désorganisés.

TRAITEMENT.

On a pu se convaincre par ce que j'ai dit déjà que, si les premières nuances de l'irritation hépatique ne dépendent pas constamment d'une inflammation du tube digestif, ce n'est du moins que dans ce cas qu'on peut les distinguer. Cet état de sur-excitation du foie n'exige aucun traitement particulier : la seule indication qui se présente alors est de remonter à la cause des accidens et de l'attaquer directement. La fièvre bilieuse des auteurs, par exemple, n'est autre chose, selon moi, qu'une lésion gastro-hépatique. Eh bien, si, chez un individu atteint de cette maladie, l'hypocondre droit n'est ni tendu ni douloureux au toucher, le médecin ne devra s'occuper que de l'irritation des voies digestives. Cette dernière disparaissant, celle du foie disparaîtra également. L'essentiel est qu'on agisse suivant les principes d'une saine doctrine, et qu'on ne s'obstine pas à ne voir que des humeurs à évacuer là où il ne faut le plus souvent que recourir à la diète, aux boissons délayantes ou à quelques évacuations sanguines, pour procurer une guérison prompte et solide. Qu'on ne s'y trompe point, les préceptes que je donne ici sont d'une telle importance pour la pratique, qu'en s'y conformant on préservera presque toujours les malades de cette foule d'altérations qui se développent dans le foie, et qui ont reçu le nom d'*obstructions*. Ce n'est pas à combattre ces sortes d'altérations quand elles existent, c'est à les empêcher de se former, que le médecin doit s'attacher. Or il ne saurait y parvenir qu'en détruisant la cause qui produit ces irritations hépatiques légères qui, méconnues ou mal traitées, se prolongent indéfiniment ou prennent les caractères d'une phlegmasie chronique, et se terminent si fréquemment dans ces deux circonstances par la désorganisation du tissu qui en est le siége. On aurait donc tort de se figurer qu'il ne s'agit ici que de la discussion stérile d'un point de théorie. Le principe que j'établis repose sur ce fait incontestable : *la gastro-entérite détermine dans la grande majorité des cas une irritation du foie;* il a pour but de démontrer que le moyen le plus certain d'arrêter les progrès de celle-ci consiste à guérir celle-là et à ne pas l'exaspérer surtout par les vomitifs, les purgatifs, les désobstruans, etc.

Si l'irritation hépatique n'offre aucune indication particulière tant qu'elle n'est qu'à son premier degré, il n'en est pas de même lorsqu'elle présente les symptômes que les pathologistes ont assignés à l'hépatite. D'une part, en effet, l'expérience prouve que, dans le cas où l'inflammation du foie dépend d'une lésion des voies digestives, le plus sûr est d'attaquer simultanément ces deux affections ; de l'autre, on sent facilement que les moyens thérapeutiques qu'on emploie contre l'hépatite doivent varier, sinon quant aux propriétés, du moins sous le rapport du nombre, de l'activité, du mode d'administration, suivant qu'elle est aiguë ou chronique, traumatique ou consécutive. Je vais tâcher de préciser la conduite qu'il convient de tenir dans chacune de ces circonstances.

Toutes les fois que l'hépatite aiguë dépendra d'une gastro-entérite et que le sujet sera pléthorique, on commencera par pratiquer une saignée du bras. Si, malgré cette saignée, le pouls reste large, dur et plein, on la réitérera et l'on en viendra ensuite aux évacuations sanguines locales. Ces dernières suffisent généralement chez les individus qui ne sont ni pléthoriques ni très-forts, ou qui ne paraissent pas atteints d'une phlegmasie très-intense ; mais il faut même dans ce cas qu'elles soient abondantes, répétées souvent. On est en général trop réservé sur leur emploi. Les sangsues s'appliquent ordinairement à l'épigastre et à l'hypocondre ; cependant, si l'on avait lieu de présumer que la suppression ou la diminution d'un flux hémorrhoïdal périodique eût pu influer sur le développement de la maladie, il serait indiqué d'en mettre à l'anus. On couvrira la région du foie de cataplasmes émolliens, et si leur poids fatigue, on les remplacera par une flanelle trempée dans une décoction émolliente. On prescrira la diète la plus sévère et des boissons acidules froides, telles qu'une limonade, une orangeade, l'oxicrat, du sirop de groseille étendu d'eau fraîche. Enfin, on secondera tous ces moyens par des demi-lavemens de décoction de graines de lin ou de racines de guimauve, qu'on rendra plus efficaces par l'addition de la pariétaire ou du nitrate de potasse. Il est rare que, par suite d'une médication aussi rationnelle, on n'obtienne pas une grande diminution des symptômes inflammatoires. Quand on est parvenu à ce résultat, les bains produisent d'excellens effets, et l'on peut, immédiatement après leur emploi, avoir recours à l'huile de ricin ou bien à de légers purgatifs salins qu'on administrera conjointement avec les sucs des plantes borraginées, chicoracées, etc. Les évacuans soulagent toujours alors, pourvu qu'ils ne soient pas trop actifs et qu'on n'en fasse qu'un usage modéré.

Lorsque l'inflammation a débuté par le péritoine et que cette membrane et la superficie du parenchyme hépatique sont les parties les plus irritées, le traitement ne diffère du précédent qu'en ce que la saignée du bras est plus généralement indiquée, et qu'après qu'on en a fait une ou deux, on peut, dans la plupart des cas, se borner à n'appliquer de sangsues qu'à l'hypocondre droit.

L'hépatite traumatique n'exige pas non plus une médication différente. Seulement, comme l'irritation hépatique qui survient à la suite d'une blessure du foie ne dépend pas de l'affection préexistante d'un autre organe, et que, si les voies digestives se trouvent alors enflammées, ce n'est jamais que consécutivement, il

faut donner la préférence à la saignée générale. Je n'ignore pas que ce moyen a l'inconvénient d'affaiblir plus que les émissions sanguines locales, et qu'il pourrait devenir dangereux de trop insister sur son emploi; mais c'est au praticien à se renfermer dans de sages limites, et à juger lui-même de l'époque où la saignée capillaire doit être substituée à l'ouverture de la veine.

On voit, d'après cela, que les évacuations sanguines générales ou locales forment la base du traitement de l'hépatite aiguë. J'ajouterai que, quoique j'aie déjà parlé du lieu où il convient de pratiquer les saignées capillaires, je ne crois pas devoir passer outre sans faire observer qu'on a attaché beaucoup trop d'importance à celles de la marge de l'anus. Les médecins qui ont conseillé l'application des sangsues à cette partie ont eu en vue de dégorger la veine porte par l'intermédiaire des vaisseaux hémorrhoïdaux. « Mais est-ce bien par la saignée pratiquée à la marge de l'anus qu'on obtiendra ce résultat? Quelle influence pourra exercer sur la circulation de la veine porte l'émission lente de quelques onces de sang par une saignée capillaire, aussi promptement réparé qu'il est évacué? On agira bien plus efficacement sur la circulation du foie par une saignée générale, dans laquelle on soustrait brusquement une grande quantité de sang. D'ailleurs, en supposant qu'on diminuât d'une manière notable la quantité de ce liquide en circulation dans la veine porte, on ne remplirait pas complétement le but qu'on se propose : car le foie en reçoit beaucoup par l'artère hépatique, et celui qu'elle lui apporte est bien plus stimulant que celui qui lui arrive par la première (1). » Ces raisons, bien que très-propres, certes, à infirmer l'opinion de ceux qui pensent que la fluxion qu'on détermine sur l'extrémité inférieure du rectum décharge directement le système veineux hépatique, ne me paraissent pas suffisantes néanmoins pour qu'on n'en vienne pas à l'application des sangsues à l'anus, lorsque le développement de la phlegmasie qui nous occupe a été précédé par la suppression ou la diminution d'un flux hémorrhoïdal. Mais cette circonstance est la seule où ce moyen soit d'une utilité incontestable; encore n'est-on pas même dispensé alors de recourir aux saignées de l'épigastre et de l'hypocondre.

Les ventouses scarifiées et les vésicatoires, recommandés par quelques praticiens, sont, sinon constamment nuisibles, du moins parfaitement inutiles dans le traitement de l'hépatite aiguë. Appliqués, en effet, à l'hypocondre pendant que la maladie est dans toute sa force, ils ne peuvent que l'augmenter; et si l'on attend pour s'en servir que l'irritation, considérablement diminuée sous l'influence des émissions sanguines, soit sur le point de se dissiper, non-seulement on s'expose à raviver le mal, mais il est sûr qu'il ne faut alors, pour terminer la cure, que continuer l'usage des bains, des cataplasmes, des lavemens, des boissons rafraîchissantes, et surtout ne permettre aux malades de revenir aux alimens qu'avec les plus grands ménagemens.

L'hépatite aiguë ne se terminerait peut-être jamais par suppuration, si elle était toujours combattue avec l'énergie nécessaire par les saignées générales ou locales; malheureusement il n'y a qu'un très-petit nombre de médecins qui tiennent cette conduite, et cela est d'autant plus fâcheux que les foyers purulens qui se forment dans le foie ne sont que fort rarement accessibles aux moyens chirurgicaux, et que, lors même qu'ils le sont, l'art ne nous offre d'autre ressource que l'ouverture de l'abcès.

Cette opération devra être pratiquée aussitôt que la fluctuation sera manifeste et qu'on aura acquis la certitude que la tumeur qu'on se propose d'ouvrir est réellement une colletion de pus. Je fais cette remarque parce qu'il est arrivé qu'on a pris la vésicule du fiel distendue outre mesure par une grande quantité de bile pour un abcès hépatique, et que l'ouverture de cette poche a été constamment suivie de la mort (1).

L'époque d'election pour opérer, quoique facile à préciser en apparence, ne laisse pas d'être assez embarrassante pour le chirurgien : d'une part, en effet, il faut se hâter d'ouvrir l'abcès pour éviter que l'altération du foie ne devienne plus considérable, et que le pus ne se fraie un passage à l'intérieur; de l'autre, il est nécessaire de temporiser assez pour qu'il s'établisse des adhérences entre le péritoine sus-hépatique et les parois abdominales, sans quoi l'incision pourrait être suivie d'un épanchement mortel. Les principaux signes qui indiquent que le moment d'opérer est venu sont le peu de mobilité de la tumeur et sa saillie égale pendant tous les mouvemens du malade.

On employait autrefois la potasse concrète pour ouvrir les abcès du foie, dans le double but de fortifier l'adhérence que les parties enflammées ont contractée entre elles, et de causer une perte de substance qui empêchât l'ouverture de se fermer trop tôt; mais ce caustique a l'inconvénient de n'agir pour l'ordinaire que sur les tégumens, et de ne pas brûler assez profondément, de sorte qu'il faut avoir recours le plus souvent à l'instrument tranchant pour achever de pénétrer dans le foyer. Cette dernière considération paraît avoir déterminé les praticiens de cette époque à ne se servir que du bistouri. On commence par fendre la peau dans une assez grande étendue; on incise ensuite les tissus sous-jacens avec précaution, couche par couche, afin de ne pas aller au-delà des adhérences qui se sont formées entre la tumeur et les enveloppes du bas-ventre. Si cette incision n'offrait pas, à cause de la profondeur de l'abcès, une voie suffisante pour l'évacuation du pus, on lui donnerait la forme d'un T, en divisant transversalement la lèvre postérieure. Je dis la lèvre postérieure : car, si la seconde incision était faite en devant et portait sur le

(1) Goupil, *Exposition des principes de la nouvelle doctrine médicale*, page 551.

(1) Voyez ce que je dis à ce sujet en parlant des *Maladies des voies d'excrétion de la bile*.



muscle droit, non-seulement on s'exposerait au danger de blesser l'artère épigastrique, mais la suppuration aurait moins de facilité à s'écouler, parce que l'ouverture ne répondrait pas à la partie la plus déclive de l'abcès. L'opération terminée et le pus évacué, on introduit dans la plaie une mèche de linge effilé enduite de cérat; on met par-dessus un plumasseau, et l'on soutient le tout par des compresses et un bandage de corps. Si cependant l'inflammation était encore considérable, on couvrirait la partie d'un cataplasme émollient. Dans certains cas, où le pus était fort abondant, ou était devenu très-fétide et très-irritant, on a retiré de grands avantages de quelques injections émollientes poussées avec ménagement, de peur de blesser la texture délicate et friable du foie. La seule précaution qu'on ait à prendre après la guérison de la plaie, c'est de soutenir pendant quelque temps la cicatrice, afin de prévenir la formation d'une hernie ventrale par ce point affaibli des parois abdominales.

Le traitement de l'hépatite chronique ne diffère de celui de l'hépatite aiguë qu'en ce qu'il doit être beaucoup moins énergique: c'est ainsi que la saignée générale n'est pas indiquée dans ce cas, et qu'il vaut mieux recourir aux émissions sanguines locales souvent réitérées. On applique un petit nombre de sangsues chaque fois; mais il faut y revenir fréquemment. Les lieux où on les met sont l'épigastre, l'hypocondre droit, et la marge de l'anus si l'hépatite succède à la disparition des menstrues ou d'un flux hémorrhoïdal. Les cataplasmes émolliens, la diète, les boissons acidules, les lavemens, les bains tièdes et les purgatifs salins sur la fin (1), sont également indiqués; mais, je le répète, le traitement doit être moins énergique que dans l'hépatite aiguë: il importe de tenir compte de l'ancienneté de la phlegmasie, du degré de dépérissement du malade et du genre de médication qui a déjà été mis en usage. Une chose qu'on ne saurait assez recommander surtout, c'est qu'il ne faut pas insister sur les débilitans. Lorsque, après les avoir employés d'une manière proportionnée aux forces du sujet et à l'intensité du mal, on s'aperçoit qu'ils ne produisent aucune amélioration sensible, il est prudent d'y renoncer. L'art nous offre d'ailleurs alors une ressource puissante qu'on aurait tort de négliger: je veux parler des moxas, des cautères ou des sétons appliqués sur la région hypocondriaque droite; ces moyens sont quelquefois suivis des plus heureux résultats.

(1) C'est surtout lorsque l'hépatite chronique n'est pas très-ancienne, qu'il y a lieu de présumer que le tissu hépatique n'est pas désorganisé, et qu'on a suffisamment combattu l'irritation gastrique, si toutefois elle existe, que les légers purgatifs salins, tels que l'acétate de potasse, le sulfate de soude, etc., peuvent être utiles. La meilleure manière de les administrer alors consiste à leur donner pour véhicule les bouillons, les apozèmes avec les plantes apéritives et amères, ou à les faire prendre conjointement avec les sucs dépurés des plantes borraginées, chicoracées, etc.

L'une des principales causes du peu de succès qu'on a obtenu jusqu'ici dans le traitement de l'hépatite chronique, c'est qu'on a l'habitude de la combattre par une foule de remèdes, tels que *le proto-chlorure de mercure, le diagrède, la gomme gutte, l'extrait de trèfle d'eau, le carbonate de potasse, la scille, l'hellébore, la rhubarbe, la térébenthine, les savonneux*. Ces substances médicamenteuses, qui figurent toutes en première ligne parmi les agens thérapeutiques qu'on appelle *fondans*, *désobstruans*, etc., ont pour propriété spéciale d'irriter fortement les voies digestives, et par cela même ne peuvent être que nuisibles.

Les emplâtres de Vigo, ceux de ciguë, tous ces emplâtres, en un mot, préconisés sous le titre de fondans, n'ont jamais peut-être produit une modification avantageuse.

Les vésicatoires volans, conseillés par quelques médecins, sont des moyens trop peu actifs pour être utiles (1).

Les eaux minérales, enfin, tant vantées même de nos jours, ne sont en général que d'un faible secours. Prises à l'intérieur, elles n'agissent qu'en stimulant la membrane muqueuse gastro-intestinale. Employées sous forme de bains, elles n'ont d'autre effet que d'augmenter les fonctions de la peau. On voit qu'il n'est guère possible de compter sur l'efficacité de ce moyen thérapeutique. Si l'on jugeait à propos néanmoins d'en faire usage, il faudrait donner la préférence aux eaux qui contiennent beaucoup d'acide carbonique ou des hydrosulfures (2), ne les ordonner que de temps à autre, et avoir soin de s'arrêter avant qu'elles ne déterminent la diarrhée.

L'observation des règles de l'hygiène est de la plus grande importance dans le traitement de l'hépatite chronique. C'est en vain qu'on aura recours aux émissions sanguines, aux topiques émolliens, aux cautères ou aux moxas: tous ces moyens échoueront si l'on n'en seconde l'action par un régime bien entendu. Je ne dis pas qu'il faille toujours prescrire une diète sévère: la diète n'est de rigueur que lorsqu'il survient une exacerbation, et que cette exacerbation surtout s'accompagne de vomissement; mais on ne doit permettre que des alimens légers et pris dans le règne végétal. La nature semble elle-même indiquer quel est le genre d'alimentation qui convient le mieux en pareille occurrence. On sait que le goût des substances acidules, des fruits, est presque un symptôme des affections chroniques du foie; les boissons que les malades prennent avec le plus de plaisir sont celles qui ont une saveur acide, telles qu'une limonade faible, l'eau de groseille, de cerises,

(1) Je ne parle pas ici de la conduite qu'il convient de tenir lorsque l'hépatite chronique se termine par suppuration, parce que cette conduite est absolument la même que celle que l'on tient à l'occasion des abcès qui surviennent à la suite de l'inflammation aiguë du foie.

(2) Telles que celles de Vichy, de Bourbon, d'Archambault, d'Enghien, etc.



l'orangeade, etc. La marche qu'on a à suivre se trouve donc toute tracée ; le médecin n'a autre chose à faire qu'à ne pas s'en écarter.

On recommandera également l'usage journalier d'un exercice modéré. Quant aux voyages sur mer ou dans une voiture rude, et au passage d'un pays chaud dans un pays plus froid, comme il est impossible qu'un individu s'y abandonne sans que son régime en souffre beaucoup, cet inconvénient suffit seul pour contrebalancer les faibles avantages qu'on pourrait en retirer. « Les voyages, dit M. Ferrus, comme moyen de distraction, ont été réunis aussi au traitement des maladies chroniques du foie par les auteurs qui ont cru que l'altération de cet organe était la cause spéciale de l'hypocondrie. Dans l'état actuel de la science, si l'on recommande encore les soins moraux dans l'hépatite chronique, comme on le fait d'ailleurs dans toute autre maladie longue, c'est que l'on est persuadé qu'en activant les fonctions du cerveau, et en les dirigeant sur des objets étrangers à la maladie, on dispose l'individu à se croire moins malade : espérer de guérir, c'est travailler soi-même à sa guérison (1). »

CONGESTIONS SANGUINES PASSIVES DU FOIE.

Les congestions sanguines qui se forment dans le foie ne sont pas toutes actives, ou, en d'autres termes, ne dépendent pas toutes de l'irritation de ce viscère. Il en est quelques-unes qui sont vraiment passives : celles, par exemple, qui se développent sous l'influence d'un obstacle à la circulation doivent être regardées comme telles ; le sang s'accumule alors dans le parenchyme hépatique, non pas parce qu'il y est provoqué par une cause irritative, mais parce que, la circulation veineuse se trouvant ralentie, il est obligé d'y séjourner. Le foie est de toutes les parties du corps humain celle qui est la plus disposée à ces sortes d'engorgemens. On se rendra facilement compte de cette circonstance si l'on réfléchit que son tissu est mou, très-perméable, que l'artère hépatique et la veine porte lui apportent beaucoup plus de sang que les veines hépatiques ne lui en ôtent, et que d'ailleurs il reçoit proportionnellement une plus grande quantité de ce fluide que les autres viscères.

Les obstacles au cours du sang qui occasionnent le plus souvent les congestions sanguines qui nous occupent sont ceux qui ont leur siége dans le cœur ou dans les gros vaisseaux ; viennent ensuite ceux qui résultent de l'engorgement des poumons par des tubercules, d'un épanchement de sérosité dans la poitrine ou dans l'abdomen, d'une induration de la rate, d'une tumeur située dans le mésentère, l'épiploon, etc.

On a remarqué que le foie est presque toujours, chez les scorbutiques, augmenté de volume et d'une teinte rouge uniforme. Quand on le coupe, le sang ruisselle de toute part. Rien n'autorise à penser que les congestions de cette nature proviennent d'un travail inflammatoire ; elles sont dues, suivant moi, à ce que, d'une part, le sang, qui, comme on sait, est d'une fluidité extrême dans le scorbut, pénètre plus aisément dans les petits vaisseaux, et à ce que, de l'autre, ces mêmes vaisseaux, frappés d'une débilité profonde, se déchirent avec la plus grande facilité.

Les congestions sanguines qui s'opèrent dans le parenchyme hépatique, par suite du scorbut ou d'un obstacle au cours du sang doivent donc être considérées comme passives. Y a-t-il d'autres maladies qui puissent produire des engorgemens hépatiques analogues ? je ne le crois pas ; du moins je n'ai rien rencontré dans les auteurs et mon expérience ne m'a rien appris qui pût me le faire présumer.

Lorsque le foie devient le siége d'une congestion sanguine passive, ce viscère peut se gonfler assez pour qu'on le sente bien au-dessous des fausses côtes droites et à l'épigastre. La tumeur présente une surface lisse, sans blessures, sans enfoncement ; il n'y a ni douleur, ni trace d'ictère ; quelquefois, cependant, les malades accusent une sensation pénible, une sorte de pesanteur vers l'hypocondre. Les engorgemens sanguins dont il s'agit ici ne prennent pas toujours la marche continue ; il n'est pas rare de les voir se former très-rapidement et se dissiper avec autant de promptitude qu'ils s'étaient formés, pour reparaître et disparaître de nouveau, suivant que l'état morbide qui les occasionne augmente ou diminue d'intensité. Ces congestions intermittentes ne s'observent que dans les affections organiques du cœur ou des gros vaisseaux.

Les intumescences passives du foie ne peuvent guère, comme on voit, être confondues avec celles que l'irritation hépatique détermine : car, lorsque cette irritation est légère, l'organe qui sécrète la bile est peu ou point augmenté de volume, et quand elle a pris les caractères de l'hépatite des auteurs, ces mêmes caractères suffisent toujours pour différencier les congestions qui se forment alors dans le tissu du foie, de celles qui se trouvent liées soit au scorbut, soit à un obstacle au cours du sang.

On se rappelle que j'ai avancé que les congestions hépatiques qui dépendent d'un obstacle au cours du sang peuvent devenir cause de l'irritation du foie. Les congestions de ce genre qui me paraissent les plus susceptibles d'un semblable résultat sont celles qui se manifestent pendant le cours d'une affection organique du cœur ou de l'un des gros troncs artériels.

Les maladie qui produisent les congestions passives du foie sont toutes incurables ; la plupart même entraînent avec elles un état tel de l'économie, qu'on doit considérer alors l'accumulation du sang dans le parenchyme hépatique comme une circonstance de fort peu d'intérêt. Il n'y a, selon moi, que les cas où le foie se tuméfie pendant le cours d'une lésion du cœur ou de ses annexes qui fassent exception et qui méritent une attention particulière. Les affections du cœur, en effet, peuvent exister longtemps sans occasionner la mort, et

---

(1) *Dictionnaire de médecine*, en 18 volume tome XII, page 69.

sans qu'aucun autre organe éprouve une altération marquée de nutrition. Or, on conçoit facilement que, si sous leur influence une congestion sanguine se formait dans le foie et déterminait une hépatite, cette dernière serait une complication très-fâcheuse qui ne pourrait qu'accélérer beaucoup leur marche et par conséquent leur terminaison funeste. Pour prévenir, au surplus, un pareil accident, il ne faut que traiter convenablement la maladie qui donne lieu au rallentissement de la circulation veineuse, et l'attaquer surtout avec énergie chaque fois qu'elle s'exaspère : moyennant cela, on réussira presque toujours à dégorger le parenchyme hépatique, et à empêcher que le sang ne s'y ramasse de nouveau en trop grande quantité.

HÉMORRHAGIES HÉPATIQUES.

Lorsque le foie est devenu le siége d'une inflammation aiguë plus ou moins forte, ou d'une congestion passive, il arrive quelquefois qu'un ou plusieurs des vaisseaux artériels ou veineux qui entrent dans sa structure se rompent ; et alors, ou le sang, après s'être épanché dans l'intérieur du parenchyme hépatique, s'y creuse une cavité et y séjourne (1), ou il a achevé de déchirer ce parenchyme et se répand dans le bas-ventre (2), ou bien enfin il se fraie une route dans les canaux excréteurs de la bile, gagne le duodénum, et est ensuite rejeté par les vomissemens ou par les selles (3).

Dans les deux premiers cas, l'hémorrhagie qui nous occupe n'a jamais été reconnue qu'après la mort, et dans le dernier, on ne peut qu'en soupçonner l'existence pendant la vie, car nous ne possédons aucun moyen de distinguer si le sang qui est expulsé par le tube digestif provient de l'appareil biliaire ou de la membrane muqueuse gastro-intestinale.

ASTHÉNIE HÉPATIQUE.

On ne saurait douter qu'il n'y ait un état morbide qui mérite le nom d'asthénie hépatique ; mais personne n'a jusqu'ici déterminé les signes qui caractérisent cet état, ou, pour mieux dire, personne ne l'a tenté, parce que cette question a paru insoluble. Ne serait-il pas possible cependant de jeter quelques lumières sur ce point de pathologie ? Puisqu'il est généralement reconnu, par exemple, que l'accroissement de la fonction d'un tissu dénote que la vitalité de ce tissu se trouve augmentée, ne pourrait-on pas admettre que la diminution ou la suspension de la sécrétion biliaire doit être l'un des effets immédiats de l'asthénie hépatique, et dès lors ne serait-on pas naturellement conduit à regarder les symptômes qui résultent de l'absence de la bile dans les voies digestives comme indiquant un état d'atonie du foie ? Pour moi, je suis de cet avis ; je n'hésite pas même à avancer qu'en procédant de la sorte on arriverait certainement à la connaissance de quelques-uns des signes dont il s'agit. On peut m'objecter, je le sais, que la diminution ou la suspension de la sécrétion biliaire a lieu également dans l'hépatite aiguë ou chronique ; mais dans ce cas les phénomènes qui en dépendent coexistent soit avec ceux que j'ai démontrés appartenir à la gastro-hépato-péritonite aiguë, soit avec ceux qui annoncent une dégénérescence du foie, tels que l'augmentation considérable du volume de cet organe, son endurcissement, les bosselures de sa surface, etc. Dans le cas qui nous occupe, au contraire, ces phénomènes existeraient seuls, et cette circonstance ne permettrait pas de les confondre avec le précédent. Ainsi donc, dans mon opinion, un individu dont la langue serait large, humide, point rouge sur les bords ; qui n'aurait pas de fièvre, qui n'éprouverait pas de douleur dans l'hypocondre droit, qui ne serait porteur d'aucune lésion organique du foie, et qui néanmoins digérerait mal, n'aurait pas d'appétit, se plaindrait de flatulence, de dégoûts, de nausées, de rapports de différens genres, accuserait la sensation d'un poids dans la région de l'estomac, et chez qui les matières fécales seraient grisâtres, décolorées, semblables à de l'argile, cet individu devrait être considéré comme étant atteint d'une asthénie hépatique. Remarquez bien que je ne dis pas que j'ai vu un individu tel que celui-là ; mais je suis persuadé que nous ne conserverions pas le plus léger doute sur la possibilité des cas de cette espèce, si, moins préoccupés des maladies irritatives du foie, nous nous étions livrés à des recherches plus sérieuses sur l'état asthénique de ce viscère.

Lorsque, par suite de l'affection dont il s'agit ici, la sécrétion biliaire, au lieu d'être totalement suspendue, ne se trouve que diminuée, tout porte à présumer qu'il s'opère quelque changement dans la composition de la bile. Mais il n'est pas en notre pouvoir d'apprécier pendant la vie la nature et les effets de ce changement ; seulement il est probable qu'une bile moins colorée, moins stimulante que celle de l'état physiologique, rendrait plus prononcés les dérangemens qu'entraîne la diminution de la sécrétion de ce fluide.

Quelques auteurs ont établi que l'asthénie hépatique est susceptible de produire l'ictère. Mais cette manière de voir me paraît vraiment inadmissible : d'abord, elle repose sur une pure hypothèse (la présence des matériaux de la bile dans le sang normal (1)) ; d'un autre côté, je prouverai plus bas que la jaunisse ne se développe que

(1) On trouve un cas de cette espèce dans les *Mémoires ou Recherches anatomico-pathologiques* de M. Louis, page 381.

(2) L'observation de M. S...., que M. Andral a consignée dans sa *Clinique*, est un exemple fort remarquable de ce genre d'hémorrhagie du foie. (T. IV, p. 13.)

(3) On doit ranger dans cette catégorie plusieurs cas rapportés par les auteurs sous le nom d'*hépatirrhée*.

(1) Les écrivains qui mettent l'ictère au nombre des symptômes de l'asthénie hépatique se fondent, en effet, sur ce que, le foie ne séparant plus alors du sang les principes de la bile dans leurs proportions ordinaires, ces principes se répandent dans nos tissus et les colorent en jaune. (ANDRAL, *Clinique médicale*, tome IV, p. 47.)

tout autant que les absorbans du foie sont doués d'une activité plus grande que de coutume, et que par conséquent le parenchyme hépatique est surexcité (1).

Quoi qu'il en soit, du reste, à l'égard de ce dernier point, je me crois autorisé à penser que la théorie que je propose est ce qu'on a émis de plus vraisemblable sur la nature, le nombre, le mode de production des désordres qui accompagnent l'asthénie hépatique. Cela posé, ne serait-ce pas le cas d'imiter les médecins anglais, et de chercher à rétablir alors le cours de la bile 1° en irritant par des purgatifs convenablement employés la membrane muqueuse intestinale; 2° en donnant le mercure-doux, qui, d'après eux, exerce une action particulière sur l'action du foie.

Je suis loin d'attribuer, certes, à ces médicamens toutes les propriétés que leur supposent nos confrères d'outre-mer; mais j'ai la conviction qu'administrés en pareille occurrence, ils détermineraient sur la membrane muqueuse alimentaire une irritation qui, transmise au foie, serait éminemment propre à remonter le ton de ce viscère.

ATROPHIE DU FOIE.

L'organe qui secrète la bile peut éprouver une diminution considérable de volume. Stork parle d'un individu chez qui il avait à peine la grosseur du poing, *vix æquabat pugni magnitudinem;* Riolan assure avoir rencontré un foie qui n'était pas plus gros que le rein; d'autres en ont vu de plus petits encore.

Les faits de cette nature qu'on trouve dans les auteurs prouvent que la diminution du volume du foie est dans certaines circonstances le résultat de l'irritation de ce viscère, mais que le plus communément elle provient soit de la diminution ou de la cessation de son action organique, soit d'un obstacle à sa nutrition apporté par une cause mécanique.

Lorsque le foie, par suite d'une phlegmasie chronique dont il est atteint, perd de sa grosseur et de son poids, il est tantôt ramolli, tantôt endurci, et quelquefois inégal, comme granuleux à sa surface. Les observations n. 19, 20 et 21, que M. Andral a consignées dans son ouvrage, nous fournissent des exemples remarquables de ce genre d'affection (1).

Lorsqu'au contraire il se rappetisse sous l'influence d'un obstacle à sa nutrition ou d'un état véritablement asthénique de son parenchyme, sa contexture organique n'offre aucun changement appréciable. Ce n'est qu'aux cas de cette dernière espèce qu'il convient d'affecter le nom d'*atrophie du foie*. Le donner, en effet, aux dégénérescences hépatiques qui s'accompagnent de la diminution du volume de la partie où elles ont leur siége, serait s'écarter à la fois de l'étimologie et de l'acception généralement reçue du mot *atrophie*, qui, par opposition à celui d'*hypertrophie*, exprime simplement cet état particulier d'un tissu qui, bien qu'ayant perdu de sa grosseur et de son poids, ne présente aucune altération dans sa structure intime.

L'atrophie hépatique proprement dite, ou en d'autres termes, la diminution du volume du foie, qui ne dépend pas d'un travail inflammatoire, peut être générale ou partielle. Les obstacles qui la produisent le plus souvent sont 1° le développement accidentel des organes qui entourent le foie et qui alors le compriment dans toute son étendue; 2° une pression extérieure exercée habituellement sur la région hypocondriaque droite. « L'usage des corsets chez les femmes, en diminuant le diamètre de la poitrine, pousse vers ses extrémités, et particulièrement vers l'inférieure, les organes qu'elle contient. Chez elles, le foie dépasse souvent de plusieurs pouces les dernières côtes, et celles-ci impriment sur la face supérieure de cet organe un sillon plus ou moins profond. Cette compression, exercée longtemps, peut nuire au développement total du foie, et la disposition anatomique qu'elle produit ne doit jamais être oubliée dans l'exploration de l'abdomen. La dissection des corps des individus dont la profession exige l'emploi d'instrumens qu'on appuie sur la région épigastrique donnerait peut-être quelques autres exemples d'atrophie partielle du foie. (1) »

J'ai avancé également que la diminution ou la cessation de l'action du foie est susceptible d'occasionner son atrophie; mais il est fort difficile, comme on vient de le voir dans l'article précédent, de préciser les cas où ce viscère est réellement frappé d'asthénie, et si j'ai admis cet ordre de causes, c'est moins sur des faits positifs que sur des probabilités.

CALCULS BILIAIRES.

La connaissance des calculs biliaires remonte pour ainsi dire à l'origine de l'art. Depuis Hippocrate jusqu'à nos jours, il n'est peut-être pas un auteur distingué qui ne parle de pierres ou de concrétions calcaires qu'on a rencontrées soit dans le foie, soit dans ses annexes.

Les calculs qui occupent le foie proprement dit se développent tantôt dans les conduits excréteurs plongés dans le tissu de cette glande, tantôt dans le parenchyme hépatique lui-même. Ruisch assure n'avoir jamais vu de calculs de cette dernière espèce; mais les observations de M. Portal ne permettent pas de révoquer en doute leur existence. Vurzer parle d'une autre variété de calculs appartenant au foie, qu'il a eu occasion d'observer dans le cadavre d'un homme de cinquante ans. Les pierres, au nombre de deux et renfermées dans un kyste à parois très-dures, sans communication avec la vésicule et situé sous le lobe de Spigel, étaient grisâtres, dures, lamelleuses, sans odeur ni saveur, pesant l'une quatorze grains, l'autre neuf, et composées de carbonate de chaux et d'un peu de matière animale.

(1) Voyez l'article *Ictère* au sujet de cette assertion et de la précédente.

(2) Morgagny en rapporte aussi plusieurs. Voyez à ce sujet les lettres 22ᵉ, art. 4; 64ᵉ, art. 7; 36ᵉ, 38ᵉ, etc.

(1) *Dictionnaire de médecine* en 18 volumes, tome IX, page 205.



Les calculs biliaires qu'on trouve ailleurs que dans le foie sont logés dans la vésicule du fiel ou dans les canaux cystique et cholédoque. L'opinion générale est également que la plupart des pierres de l'estomac ou de l'intestin ne sont que des calculs biliaires qui ont passé de la vésicule ou des canaux que je viens de nommer dans les voies digestives.

Le volume des calculs du foie ne dépasse guère celui d'un petit pois ; on en a vu cependant de la grosseur d'un œuf de pigeon, et Walter prétend en avoir rencontré qui avaient depuis dix jusqu'à quinze lignes de diamètre. Lorsque ces sortes de concrétions ont acquis de pareilles dimensions, elles sont presque toujours contenues dans une poche particulière, un véritable kyste. Les pierres hépatiques sont ordinairement multiples ; leur nombre peut être même extrêmement considérable. Thilésius dit que dans l'espace de neuf ans il sortit d'un abcès du foie, qui s'était ouvert à l'extérieur, de cinq à six cents petits calculs. J'ai moi-même vu un individu qui, à la suite d'un abcès semblable, en rendit une grande quantité dans l'espace de quatre ou cinq mois par une ouverture qu'on avait pratiquée dans la région hypocondriaque droite.

Les corps de cette nature que renferment la vésicule ou les canaux cystique et cholédoque sont aussi le plus souvent multiples et plus ou moins variables sous le rapport de leur volume.

La forme des calculs hépatiques est en général ronde. Les pierres des canaux cystique et cholédoque ressemblent quelquefois à un pois, à une olive; d'autres fois, elles sont triangulaires ou rétrécies et alongées à leur extrémité la plus rapprochée du duodénum. Quant à celles de la vésicule, s'il n'y en a qu'une, elle est le plus communément sphérique. S'il y en a plusieurs, la pression et le contact les rendent prismatiques, cubiques, quadrilatères, etc. ; leur surface, presque toujours lisse, est dans certains cas surmontée d'inégalités, de lignes plus ou moins saillantes ou de tubercules. Richter a décrit un calcul de la vésicule qui avait la forme de ce réservoir, mais qui était deux fois plus volumineux que ne l'est cette poche dans son état naturel (1).

Les calculs biliaires sont pour ainsi dire susceptibles d'affecter toutes les couleurs. Morand (2) parle d'une pierre de ce genre dont la surface extérieure était luisante, d'un blanc sale. On en a vu de grisâtres, de rouges, de bleues, de transparentes comme du cristal, de brillantes comme une escarboucle, de jaunes comme du safran, de vertes comme des émeraudes, d'opaques, de rayonnées en diverses couleurs ou par des couches lamellées.

La consistance de ces sortes de pierre varie également beaucoup : certaines sont très-dures; d'autres, friables, se réduisent facilement, quand on les touche, en petits fragmens ; il en est qui tombent en poussière au moindre contact. Les couches extérieures sont pour l'ordinaire plus solides que celles du centre ; les unes et les autres sont quelquefois molles comme de la cire ; Koehler a vu un calcul dont le centre offrait une cavité remplie en partie par une masse savonneuse ; il était revêtu d'une écorce qui ressemblait tant par la couleur que par la consistance à de la cire blanche.

D'après M. John, on obtient des pierres biliaires chez l'homme de l'adipocire cristallisée, de la matière jaune de la bile, un principe biliaire sucré, une matière grasse et verte, une matière jaune soluble dans l'eau, de l'oxyde de fer, du phosphate de chaux, du carbonate de chaux, des sels alcalins, une matière noire, de l'eau. M. Chevreuil n'a retiré des calculs biliaires qu'il a analysés qu'une matière blanche cristalline, analogue à l'adipocire, qu'il a nommée *cholesterine*, une matière jaune et une petite quantité de picromel. M. Caventou a rencontré le picromel dans une pierre du poids de 12 à 13 décagrammes. M. Thénard, au contraire, l'a cherché inutilement ; il pense que les calculs qui nous occupent sont formés de 88 à 94 pour cent de cholestérine, et de 6 à 12 de principe colorant ou matière jaune de la bile. Les travaux des chimistes n'ont pas eu, comme on voit, des résultats parfaitement identiques ; mais on peut en conclure cependant que la cholestérine et la matière jaune font la base de tous les calculs biliaires.

La plupart de ces corps qu'on trouve hors du foie viennent de cet organe; il n'y en a qu'un très-petit nombre qui se développent primitivement dans la vésicule ou dans les canaux avec lesquels ce réservoir communique.

Des observations bien circonstanciées prouvent que les calculs biliaires peuvent se former et acquérir un volume très-considérable sans produire un trouble sensible dans les fonctions. Mais, si l'on en croit les médecins qui ont écrit sur les maladies du foie, il n'en est que rarement ainsi. Suivant eux, les personnes qui ont des pierres biliaires commencent généralement par digérer les alimens avec beaucoup de difficulté ; leur bouche est amère ; leur salive abondante, surtout si le pancréas est atteint de quelque engorgement. Elles ont quelquefois de l'inappétence, d'autres fois un appétit dévorant, et éprouvent même de la faim peu de temps après avoir mangé. Quand la maladie est plus avancée, des tiraillemens, des douleurs, se font ressentir dans la région épigastrique, au-dessous du cartillage xiphoïde, et se renouvellent au commencement du repas, ou lorsqu'on est resté plusieurs heures sans rien prendre, et que l'estomac est vide d'alimens. Bientôt après, des douleurs plus ou moins fortes, constantes, longues ou passagères, se déclarent dans l'hypocondre droit. Les vents ou les gaz, ramassés dans les intestins, les distendent au point qu'il y a des coliques très-vives. Les garde-robes perdent leur régularité ; elles sont tantôt trop fréquentes, tantôt très-rares, bilieuses, liquides, sèches ou dures. La jaunisse survient souvent, mais c'est principalement quand les calculs obstruent le conduit hépatique ou le canal cholédoque que ce fait a lieu.

(1) *Dictionnaire de médecine* en 18 volumes, tome IV, page 60.

(2) *Académie des sciences*, 1741, pages 261 et 351.

Tels sont les symptômes qui, assure-t-on, dénotent la présence d'un ou de plusieurs calculs dans l'appareil biliaire. Mais outre que ces symptômes n'appartiennent pas tous à l'irritation du foie, et qu'il en est beaucoup parmi eux qui expriment une phlegmasie des organes digestifs, je ferai remarquer qu'on n'est nullement en droit d'établir que les douleurs violentes dans l'hypochondre, la tension, le gonflement de cette partie, sont occasionnés par les corps qui nous occupent, car ces divers phénomènes morbides se manifestent également quand l'hépatite dépend des causes qui la produisent ordinairement. Ainsi donc, tant que les malades n'offrent que les signes renfermés dans le tableau que je viens de tracer, rien n'autorise à penser qu'ils ont des calculs biliaires. Lorsque ces calculs se font jour à l'extérieur, doit-on leur attribuer les dérangemens avec lesquels leur expulsion coïncide? Voici quelle est mon opinion à cet égard : quand des pierres biliaires sont rendues par les selles ou par les vomissemens, on n'est fondé à avancer qu'elles ont déterminé les désordres qu'on observe en pareille occurrence que pour autant que les symptômes de l'hépatite ont paru les premiers. Or, je prouverai dans l'article suivant que, si les choses se passent de cette manière quelquefois, ce ne saurait être que fort rarement. Je vais plus loin : lorsque des calculs sortent par l'ouverture naturelle ou artificielle d'un abcès à l'hypocondre, il n'est permis d'affirmer qu'ils ont produit cet abcès que dans les cas où l'inflammation a commencé par le tissu hépatique. Si, au contraire, elle a débuté par la muqueuse gastro-intestinale, la présence d'un ou de plusieurs calculs dans l'organe qui sécrète la bile ne doit être considérée que comme une circonstance fortuite ou simplement adjuvante.

Les calculs qui passent du foie dans le canal intestinal peuvent oblitérer ce dernier s'ils sont gros ou si les matières fécales s'agglomèrent et se durcissent autour d'eux. Dans ce cas comme dans les précédens on n'est sûr qu'il existe des pierres biliaires qu'après qu'on les a vues; mais ici, du moins, quand on les a vues, on ne peut rapporter à une autre cause les accidens qui accompagnent leur expulsion. Les obstructions intestinales de ce genre se terminent toujours par la mort lorsque la nature ou la médecine ne parviennent pas à les détruire (1). Mais si par un moyen quelconque on réussit à déplacer les corps qui bouchaient le canal digestif, et à les faire sortir par l'anus, les souffrances cessent pour ainsi dire sur-le-champ.

J'ai dit que les calculs biliaires peuvent se former et acquérir un volume considérable sans produire un trouble sensible dans les fonctions. J'ajouterai que souvent ils n'entraînent aucune altération matérielle ou de structure du foie. Il arrive presque toujours aussi qu'on n'aperçoit pas le moindre changement dans les propriétés physiques ou dans la composition de la bile.

Les femmes, les hommes de cabinet, en général les personnes qui mènent une vie sédentaire, sont plus sujettes aux calculs biliaires que celles qui font beaucoup d'exercice ou qui se livrent à des travaux pénibles. Sandorf assure que les individus très-gras en souffrent plus souvent que ceux qui sont maigres. Haller et Sœmmering prétendent que les prisonniers en sont très-fréquemment atteints. Hoffmann a cru remarquer qu'ils se développent principalement chez les personnes âgées, et Walter va jusqu'à établir presque comme une loi qu'on ne les observe pas chez l'homme avant trente ans. Mais cette règle souffre de nombreuses exceptions : car Walter lui-même parle d'une femme de vingt-cinq ans chez qui on trouva vingt-huit calculs biliaires; et Beverhoyt en a rencontré chez une fille de vingt-quatre ans, sur le corps d'un enfant de treize ans, et même chez un sujet beaucoup plus jeune.

Une chose sur laquelle les pathologistes n'ont pas insisté, ou de laquelle, du moins, ils n'ont tiré aucune conséquence, c'est que tous les malades qui rendent des calculs biliaires par les selles ou par les vomissemens souffrent depuis longtemps de coliques intestinales et de douleurs à l'hypocondre droit. Or, comme chez presque tous ces individus les coliques intestinales ont constamment paru les premières, et s'étaient déjà renouvelées plusieurs fois quand l'hypocondre est devenu douloureux, on peut avec assez de raison penser que les calculs se sont développés alors sous l'influence de l'irritation qui a été transmise au foie par les voies digestives. Il n'en est pas de même pour les pierres biliaires qui ne se font pas jour à l'extérieur, et qui ne déterminent aucun trouble sensible dans les fonctions. Je sais bien qu'on pourrait alléguer, à la rigueur, que l'irritation hépatique bornée à son premier degré préside à leur formation; mais ce ne serait là qu'une hypothèse : mieux vaut avouer franchement que nous ignorons quel est dans cette circonstance le mécanisme de leur production.

Les médecins de tous les temps ont administré une infinité de remèdes aux individus atteints de calculs

(1) Un homme âgé de soixante ans, et qui n'avait jamais eu de maladies graves, éprouva des étouffemens accompagnés de toux, dont l'intensité alla toujours en augmentant, ce qui ne l'empêcha pas de se livrer à un travail pénible. Il commença subitement à vomir dans la nuit du 24 janvier 1827; un peu de dévoiement survint, mais ne tarda pas à être remplacé par une constipation opiniâtre. Les vomissemens se renouvelèrent, devinrent de plus en plus fréquens. Le malade dépérit rapidement; il entra, à l'infirmerie, le 30 janvier, et mourut après avoir constamment vomi, sans que la constipation eût cessé, et après avoir présenté les symptômes de la gastro-entérite. Le ventre était en outre plat en bas, et tuméfié dans la région épigastrique. A l'autopsie, on trouva les marques d'une violente gastro-entérite, et de plus un calcul biliaire ayant un pouce trois lignes de hauteur et un pouce deux lignes de largeur. Ce calcul, engagé dans le jéjunum, l'oblitérait entièrement. La vésicule biliaire était squirrheuse; le tissu cellulaire qui l'unissait au foie était le siége d'une suppuration chronique. (*Annales de la médecine physiologique*, août 1827, 8e numéro).

biliaires. Les uns, sans trop connaître la nature et la composition de ces calculs, ont cherché les moyens de les dissoudre, et ont préconisé pour cela les solutions de muriate d'ammoniaque, de sous-carbonate de potasse, d'acétate de potasse, etc. Les autres, croyant avoir observé que les pierres biliaires qui se forment chez les animaux, et particulièrement chez les bœufs, ne se rencontraient que pendant l'hiver, au printemps, et disparaissaient en été, ont attribué la disparition de ces corps au changement de nourriture, à l'influence des herbes fraîches, et ont recommandé en conséquence les alimens végétaux, les sucs extraits du pissenlit, du trèfle d'eau, de la chicorée, de la fumeterre, de la saponaire, du cerfeuil, etc.; la décoction de ces mêmes plantes; les fruits bien mûrs, tels que les pommes, les poires, le raisin, etc. D'autres enfin, dans le but de provoquer l'expulsion des calculs dont il s'agit, ont prescrit les purgatifs, les éméto-cathartiques, tous les prétendus fondans, et notamment le remède de *Durande*, qui est un mélange de trois parties d'éther sulfurique et de deux parties d'huile essentielle de térébenthine.

Pour moi, je n'hésite pas à avancer que les pierres biliaires n'exigent pas de traitement particulier. Si l'on réfléchit, en effet, 1° que l'existence de ces pierres ne peut être constatée que lorsqu'elles se font jour à l'extérieur; 2° que ce n'est que fort rarement qu'on est alors en droit de leur attribuer les accidens avec lesquels leur expulsion coïncide; 3° que, dans cette dernière hypothèse, les médicamens qu'on dirigerait contre elles ne pourraient qu'exaspérer la maladie qu'elles ont occasionnée, et qui est, comme on sait, une irritation très-vive du foie et de la membrane muqueuse gastro-intestinale; si l'on réfléchit, dis-je, à ces diverses circonstances, on restera convaincu qu'il est beaucoup plus rationnel de combattre l'affection que je viens de nommer que de s'occuper de corps que nous n'avons d'ailleurs aucun moyen de dissoudre ou d'expulser. Non-seulement les agens thérapeutiques dont j'ai parlé plus haut ne jouissent ni de l'une ni de l'autre de ces propriétés, mais la plupart sont des stimulans très-énergiques et qui par cela seul doivent être rejetés.

COLIQUE HÉPATIQUE.

L'opinion la plus généralement répandue sur le mode de production de la colique hépatique est qu'elle reconnaît toujours pour cause des pierres qui, logées dans le foie ou dans ses annexes, tendent à passer dans le duodénum. D'après cela, il est clair qu'on ne doit désigner sous le nom de colique hépatique que les cas où l'appareil biliaire est primitivement affecté. Or si l'on examine avec attention les observations qui portent ce titre dans l'ouvrage de M. PORTAL (1), on ne tardera pas à s'apercevoir que, dans toutes celles qui ont reçu un développement convenable, ou dont on peut du moins tirer quelque conséquence, les dérangemens avaient commencé par la membrane muqueuse digestive. Les premiers phénomènes morbides qui se manifestèrent chez le président *Dormesson*, ainsi que chez Madame *Noël* et *l'abbé Bonafos* (1), provenaient d'une lésion du tube alimentaire; ce ne fut que par la suite que la région hypocondriaque droite devint douloureuse. Que conclure de là? que l'état morbide qui nous occupe n'existe pas? Non certes, car rien ne s'oppose à ce que des pierres renfermées dans le foie n'irritent cet organe et ne déterminent *une douleur plus ou moins gravative, lancinante ou piquante, sans fièvre aiguë, qui a son siége principal dans l'hypocondre droit, et qui s'étend du parenchyme hépatique dans les parties voisines, l'estomac, le colon, etc.* (2). Mais ce qu'on ne saurait s'empêcher de m'accorder, c'est que nous ne possédons peut-être pas un seul fait d'où l'on puisse déduire rigoureusement l'existence de cet état morbide. Que si l'on me demande maintenant quelle est la maladie avec laquelle on l'a confondu si souvent, je répondrai que les auteurs ont donné le titre de colique hépatique à diverses affections, mais que l'espèce d'irritation intestinale qu'on appelle vulgairement *colique* me paraît l'avoir reçu toutes les fois que, par ses retours fréquens et le degré d'intensité qu'elle avait acquis, elle s'était propagée à l'appareil biliaire, et qu'à cette circonstance se joignait celle de l'expulsion de calculs par les selles ou par les vomissemens.

M. ANDRAL a publié dernièrement que la colique hépatique n'est autre chose, dans certains cas, qu'une névralgie ayant son siége dans le plexus hépatique. Cette manière de voir, si elle était fondée, apporterait nécessairement quelques modifications à celle d'après laquelle je viens d'argumenter; mais, sans nier la possibilité des névralgies du foie, je ferai observer qu'elles sont entièrement inconnues, et qu'une théorie qui reposerait sur une pareille base ne serait qu'une pure hypothèse (3).

DU MODE DE PRODUCTION DE L'ASCITE A LA SUITE DES MALADIES DU FOIE.

L'ascite n'est point une maladie du foie; mais comme elle se développe très-souvent pendant le cours des affections de ce viscère, je suis bien aise de dire ici quel est dans ce cas son mode de production. Lorsqu'un individu, après avoir présenté tous les signes d'une hépatite aiguë, devient hydropique, il est clair que l'épan-

---

(1) C'est-à-dire non-seulement les faits de ce genre qu'il a recueillis lui-même, mais la presque totalité de ceux que les auteurs nous ont transmis.

(1) *Maladies du foie*, pages 171, 172, etc.

(2) C'est la définition que M. PORTAL donne de la colique hépatique. (Ouvrage cité, page 184.)

(3) Voyez, pour le traitement de la colique hépatique, ce que je dis relativement à la conduite qu'il convient de tenir dans les cas où les malades rendent des calculs par les selles ou par quelque autre voie.

chement de sérosité dépend d'une cause sthénique : c'est un surcroît d'activité sécrétoire du péritoine qui le produit. Pour ce qui concerne l'ascite qui se forme à la suite d'une obstruction hépatique, il était encore généralement admis, au commencement de ce siècle, que les collections aqueuses abdominales qu'on observe en pareille occurrence provenaient *de ce que, le foie étant obstrué, et, par ce fait, imperméable à la lymphe pompée par les bouches des absorbans, ce liquide s'accumulait dans le bas-ventre* (1). Aujourd'hui que nous sommes mieux fixés sur la nature et les causes des maladies, la plupart des médecins pensent que la variété de l'ascite qui nous occupe est occasionnée par une phlegmasie chronique de l'organe sécréteur de la bile. La dernière de ces propositions est sans contredit beaucoup plus rationnelle que la première; cependant elle ne donne pas une idée parfaitement juste du mécanisme par lequel s'opère alors l'hydropisie. On aurait tort de se figurer en effet que ce phénomène pourrait avoir lieu si les désordres se bornaient au parenchyme hépatique : le foie n'est point susceptible d'exhaler de la sérosité, comme semble l'insinuer M. Itard (2). Ce n'est jamais que lorsque l'irritation s'est communiquée au péritoine que les fluides s'épanchent dans l'abdomen.

Cette explication ne s'accorde pas avec la manière de voir de M. Bouillaud, qui, comme on sait, prétend que la cause immédiate de l'ascite dite passive est l'oblitération de la veine porte. Mais je ferai remarquer d'abord que l'hydropisie dont il s'agit peut se manifester dans les affections chroniques du foie qui ont reçu le nom d'*obstructions*, sans que la veine porte se trouve oblitérée, ou qu'il y ait même dans l'économie aucun autre obstacle au retour du sang. D'un autre côté, si l'on reconnaît avec moi que les dégénérescences tuberculeuses, cancéreuses, etc., dépendent constamment d'une irritation, on ne saurait me refuser que, lorsque l'une de ces productions morbides coexiste avec un obstacle au cours du sang, le premier de ces ordres de causes concourt comme le second à la production de l'hydropisie. Si, au contraire, on se croit en droit de nier la nature sthénique des obstructions hépatiques, et qu'un obstacle au cours du sang veineux soit dans ce cas la seule lésion apparente à laquelle on puisse attribuer l'ascite, on n'est nullement autorisé pour cela à établir que la cause prochaine de celle-ci a été le ralentissement de la circulation veineuse. Toutes les fois que les veines abdominales distendues par les fluides n'absorbent plus, le sang artériel se ramasse dans le péritoine, parce que, d'une part, le cœur continue à lui envoyer, et que, de l'autre, les radicules veineuses de cette membrane ne contribuent plus à dégorger les radicules artérielles qui leur correspondent. L'accumulation du sang rouge devient une cause de stimulation pour le tissu péritonéal; l'activité sécrétoire de ce tissu augmente, et il résulte de ce fait une collection d'eau plus ou moins considérable. Ainsi, quand même on ne regarderait pas les tubercules, les cirrhoses, etc., comme le produit d'une maladie irritative, on serait toujours forcé de m'accorder que l'obstacle au cours du sang, qui, selon M. Bouillaud, détermine immédiatement l'hydropisie dans cette circonstance, ne l'occasionne que par l'intermédiaire du péritoine surexcité.

Lors donc que les obstructions du foie existent seules ou qu'elles sont compliquées d'un obstacle au cours du sang, et qu'une ascite survient, la cause prochaine de celle-ci est l'irritation. L'ascite dite passive est donc de même nature que l'ascite sthénique; la première est à la seconde ce qu'une affection chronique est à une affection aiguë.

MALADIES DES VOIES D'EXCRÉTION DE LA BILE.

Les voies d'excrétion de la bile sont susceptibles de s'enflammer, et leur inflammation peut se borner à l'un des tissus qui entrent dans leur structure, ou les affecter tous en même temps, M. Louis a vu la membrane qui tapisse leur surface interne ulcérée; M. Andral a eu occasion, au contraire, de la trouver très-tuméfiée, épaissie, hypertrophiée. Suivant ces messieurs également, les tissus subjacens à cette membrane sont tantôt infiltrés de sérosité ou de pus, tantôt ramollis, profondément ulcérés; dans certains cas, considérablement épaissis, indurés, squirrheux; ailleurs enfin transformés en tissus fibreux, cartilagineux, ou parsemés de plaques osseuses.

Il arrive quelquefois que les calculs qui se forment ou s'engagent dans les voies biliaires deviennent pour elles une cause de phlegmasie; mais le plus ordinairement leur irritation se déclare sous l'influence de celle du tube digestif, du parenchyme hépatique, ou des organes qui leur sont contigus.

La cavité des canaux cystique, hépatique ou cholédoque peut s'effacer complétement : ces canaux ressemblent souvent alors à de véritables cordons fibreux. Lorsque leur oblitération n'est que partielle, ce qui est le plus commun, la portion de la cavité qui n'est pas obstruée conserve son calibre normal ou acquiert plus d'ampleur. Dans un cas particulier où un calcul bouchait l'orifice duodénal du canal cholédoque, M. Andral assure que celui-ci était tellement dilaté dans le reste de son étendue, que son diamètre égalait celui de la veine porte. On conçoit facilement que le même effet aurait pu avoir lieu si l'obstacle avait été dû à une autre cause.

La membrane muqueuse de la vésicule peut aussi s'épaissir au point d'en oblitérer entièrement la cavité. On a vu cette poche ne former plus qu'un petit corps plein auquel se terminait le canal cystique. Si l'on en croyait même les auteurs, elle aurait entièrement disparu quelquefois, et l'on n'aurait trouvé à sa place que du tissu cellulaire plus ou moins condensé.

J'ai parlé, dans l'un des articles précédens, des

(1) *Dictionnaire des sciences médicales*, tome XXII, page 378.

(2) Ouvrage cité, tome *id.*, page *id.*

pierres qui passent du foie dans la vésicule, ou qui se développent primitivement dans celle-ci. Ce qu'il me reste maintenant à signaler à l'attention des praticiens, c'est que, lorsque le canal cholédoque est oblitéré et que les conduits hépatique et cystique ne le sont pas, la bile s'accumule dans son réservoir et donne lieu à une tumeur qui dépasse le bord tranchant du foie.

Cette tumeur, située presque toujours immédiatement au-dessous du rebord cartilagineux des côtes droites, s'étend parfois plus bas dans l'hypocondre, et sa direction en pareille occurrence est tantôt perpendiculaire, tantôt singulièrement inclinée en arrière ou en avant. M. Andral a rencontré un individu chez qui la vésicule avait acquis des dimensions si extraordinaires, qu'elle touchait la crête iliaque, et même descendait jusque dans la fosse de ce nom.

Les tumeurs biliaires ont été prises assez fréquemment pour des abcès hépatiques. Le célèbre J. L. Petit commit cette méprise, et c'est ce qui le porta à chercher à déterminer les signes qui caractérisent chacune de ces affections, et à fournir ainsi le moyen de les distinguer l'une de l'autre.

Suivant lui, l'intumescence qui dépend d'un abcès hépatique est large, non circonscrite, et peut occuper tous les points de l'abdomen qui correspondent au foie; celle qui est occasionnée par la vésicule du fiel est circonscrite, et se manifeste le plus souvent au-dessous des fausses côtes droites. Dans le premier cas, les parties enflammées offrent longtemps une dureté profonde à laquelle succède un empâtement qui ne se dissipe qu'après que le pus a été évacué; la fluctuation ne se fait sentir qu'au centre de la tumeur, et le pourtour en est constamment dur et élevé. Dans le second cas, il n'y a ni dureté ni empâtement; la fluctuation est évidente partout. J'ajouterai que les abcès hépatiques, presque constamment précédés de douleurs pulsatives, s'accompagnent d'alternatives de sueurs et de frissons, d'exacerbations vers le foie, d'un état d'abattement qui n'est pas en rapport avec la diminution des douleurs, etc., ce qui généralement ne s'observe pas dans les tumeurs biliaires.

Lorsque la vésicule se trouve distendue outre mesure, la tumeur qu'elle constitue disparaît, si l'obstacle qui s'opposait à l'écoulement de la bile cesse d'exister. Cette tumeur se dissipe également quand la vésicule se rompt et donne issue au liquide qu'elle contient. Dans ce cas, si cette poche a préalablement contracté des adhérences avec les parois abdominales, la bile se fait jour à l'extérieur; ce fluide passe, au contraire, dans un autre organe creux, s'il s'est opéré entre cet organe et la vésicule quelque communication insolite. Ces deux circonstances exceptées, c'est toujours dans le péritoine que s'effectue l'épanchement.

Le réservoir de la bile peut se déchirer par le fait seul de sa distension; mais le plus communément sa rupture est due à ce que les parois atteintes d'une inflammation chronique s'altèrent, s'amincissent et se perforent. Cette rupture, au surplus, n'est pas la conséquence nécessaire du non-rétablissement du cours de la bile : il est des tumeurs biliaires qui persistent jusqu'à la mort; on prétend même qu'il y en a où les parois de la vésicule, loin de s'amincir en se distendant, comme il semble que cela devrait être, acquièrent plus d'épaisseur qu'elles n'en ont dans l'état physiologique, et présentent des fibres rougeâtres, l'apparence musculaire.

ICTÈRE.

On donne le nom d'*ictère*, d'*ictéricie*, de *jaunisse*, à la coloration en jaune de la peau. Cet état du derme est presque toujours lié à une altération organique appréciable de l'un des points de l'appareil biliaire, et c'est ce qui fait qu'aujourd'hui on le regarde non comme une maladie, mais comme un symptôme de maladie.

Lorsque l'ictère se développe chez un individu, il commence par la conjonctive, vers l'angle interne des yeux, d'où il se répand sur toute la portion de cette membrane qui recouvre la cornée transparente. Bientôt après, la peau des tempes, les commissures des paupières, le pourtour des lèvres et des ailes du nez, se colorent en jaune. Viennent ensuite le cou, la partie antérieure de la poitrine, la paume des mains, le bout des doigts, les ongles même, et successivement toute l'habitude extérieure du corps. Les lèvres, quoi qu'en aient dit quelques écrivains, restent constamment rouges chez les ictériques. La peau présente souvent, surtout dans ses plis ou ses rides, des lignes jaunes, de petites taches jaunes ou brunes, qui s'agrandissent, se confondent, et forment des plaques plus ou moins étendues. La jaunisse peut être partielle; et ce qui est assez remarquable, c'est qu'elle se montre quelquefois alors sur des surfaces qui, dans l'ictéricie générale, sont peu ou point colorées. M. Fernus parle d'une femme de la Salpêtrière « chez qui la plupart des solides, à l'exception de la peau, furent trouvés d'une teinte ictérique très-intense; le tissu sous-arachnoïdien et le tissu adipeux de tout le corps étaient infiltrés d'une sérosité de couleur jaune safranée. Le foie était gros et gorgé de sang, mais aucun obstacle apparent ne s'opposait à l'excrétion de la bile. La vésicule en contenait une grande quantité d'une teinte foncée; la moindre pression la faisait couler dans le duodénum (1). » On a vu des sujets chez qui la face était colorée seule en jaune. Une fille tourmentée depuis un mois par une démangeaison des tégumens des mamelles eut ces parties frappées d'ictéricie immédiatement après l'emploi de quelques purgatifs. On lit dans les *Ephémérides des curieux de la nature* l'observation d'un homme dont le côté gauche avait pris une couleur jaune, tandis que le côté droit était noir et le visage vert.

Les auteurs prétendent que dans l'ictère les déjections alvines sont pour l'ordinaire décolorées, grisâtres, presque blanches; mais je crois pouvoir assurer qu'il est beaucoup plus commun qu'on ne pense de les voir

(1) *Dictionnaire de médecine* en 18 vol., tome XII, page 20.

conserver leur couleur naturelle. Les urines, également, n'offrent pas toujours d'altération notable. Lorsqu'elles éprouvent quelques changemens, c'est d'abord sous le rapport de leur limpidité, qui paraît plus grande que dans l'état normal ; bientôt après elles deviennent d'un jaune foncé et teignent en jaune le linge et le papier. Vers la fin des accidens, c'est-à-dire à l'époque où, la maladie qui occasionne l'ictère disparaissant, ce dernier disparaît aussi, les urines sont assez souvent troublées par un sédiment rougeâtre extrêmement ténu, qui se dépose très-lentement. « C'est encore vers cette période qu'elles présentent quelquefois à leur superficie une couche comme huileuse qui donne des reflets assez vifs et pour ainsi dire métalliques. Ce caractère, d'ailleurs, n'est point propre à l'ictéricie : il se remarque toutes les fois que les urines se décomposent à l'air libre ; il est seulement ici moins tardif. (1) »

La jaunisse peut ne s'accompagner que des symptômes que je viens d'énumérer. Quand, par exemple, elle reconnaît pour cause une vive émotion morale, la respiration et la circulation conservent fréquemment une intégrité parfaite ; il n'est pas rare même que, très-peu de temps après son développement, les organes digestifs ne fournissent aucun signe d'irritation. Mais dans le plus grand nombre des cas d'ictère il n'en est point ainsi, et à l'ensemble des phénomènes dont il s'agit se joignent les symptômes suivans : dans le principe, dégoût, anorexie ; langue couverte d'un enduit jaunâtre qui s'étend quelquefois aux dents, aux gencives et à toute la membrane muqueuse buccale ; goût de bile, rapports de gaz acerbes, etc. ; à une époque plus avancée, nausées, vomissemens, fièvre, douleur vive dans l'hypocondre droit, etc.

Les médecins anciens pensaient généralement que la coloration en jaune de la peau provenait de la bile, qui, par une cause qu'ils ne connaissaient pas, se mêlait au sang et circulait avec lui. Plus tard, lorsque l'anatomie pathologique eut appris que, toutes les fois que le canal cholédoque est oblitéré, le phénomène qui nous occupe a lieu, on fut conduit à poser en principe que les nombreux absorbans du foie étaient le moyen par lequel la bile ou seulement quelques-uns des élémens qui la composent passaient dans le torrent circulatoire. Vers la fin du siècle dernier, quelques pathologistes avancèrent qu'il y avait dans l'ictère *dissociation des élémens du sang, et formation d'un liquide particulier, analogue à la bile uniquement sous le rapport de la couleur, et qui s'épanchait entre les lames du tissu cellulaire*. D'autres, ayant cru remarquer 1° que l'espèce de spasme qu'on appelle *chair-de-poule* donne quelquefois une teinte jaunâtre à la peau ; 2° que ce genre de spasme cesse constamment avec la vie, et que la couleur ictérique disparaît quelquefois aussi après la mort, conclurent de ces diverses circonstances que la plus grande analogie existait entre l'état spasmodique dont je viens de parler et la jaunisse, et que par conséquent celle-ci n'était que le résultat *d'une modification apportée à la circulation dermique*. Deux ou trois écrivains de nos jours ont publié *que l'ictère dépend de ce que le foie cesse de séparer de la masse du sang les matériaux de la bile que l'on suppose y exister* (1). Enfin M. Dubreuil, professeur à Montpellier, s'est cru en droit d'établir tout récemment que *la teinte ictérique est la suite d'une modification maladive des parties constituantes du sang, peut-être de la matière colorante portée sur le sérum* (2).

Ces cinq théories prouvent d'une part qu'on a de tout temps cherché à expliquer comment, à l'occasion d'un état morbide existant dans le foie ou ailleurs, il arrive qu'une matière colorante jaune vient à imprégner plusieurs de nos tissus et se montre en même temps dans les liquides ; de l'autre, que les médecins ne sont pas d'accord sur ce point de pathologie. Que si l'on me demande maintenant ce que je pense de chacune d'elles en particulier, je répondrai que la 2e, la 4e et la 5e, sont basées sur des suppositions purement gratuites (*la dissociation des élémens du sang, la présence des principes constitutifs de la bile dans le sang normal, le transport de la matière colorante sur le sérum*) ; que la 3e est également insoutenable, car il est faux que la teinte que prend la peau dans ce qu'on appelle *chair-de-poule* ressemble en rien à celle de la jaunisse, et personne n'ignore que cette dernière ne disparaît après la mort que très-rarement. La théorie des anciens, telle qu'elle a été modifiée par les anatomo-pathologistes, mérite seule, selon moi, d'être prise en considération. Je n'ignore pas qu'on a allégué que dans cette manière de voir on n'expliquait pas la formation des jaunisses qui dépendent d'une cause autre que l'oblitération du canal cholédoque ou du conduit hépatique, et que d'ailleurs, si ce fluide, dont les propriétés sont si marquées, était absorbé, il ne circulerait pas impunément dans les vaisseaux sanguins, où l'introduction des substances les moins actives produit toujours des accidens graves. Mais je ferai observer, relativement à la première de ces objections, qu'il n'y a aucune raison pour croire que la bile n'est pas absorbée dans ce cas. Nous verrons plus bas, en effet, que les diverses espèces d'ictère dont parlent les auteurs n'ont lieu que tout autant que le foie est atteint d'irritation. Or il ne répugne nullement d'admettre que les absorbans contenus dans ce viscère, étant nécessairement alors surexcités, pompent la bile, ou s'emparent seulement de quelques-uns de ses principes et les transportent dans le torrent circulatoire. Quant à la seconde, ceux qui l'ont avancée disent à l'appui que M. Magendie affirme qu'un animal d'un volume moyen mourut après qu'on lui eut injecté dans les veines sept grammes de bile. Mais est-on sûr que la bile que M. Magendie injecta n'avait pas acquis, par le contact de l'air, des qualités plus âcres, plus corrosives, que celles qu'elle avait pendant qu'elle était

(1) *Dictionnaire de médecine* en 18 vol., tome XII, page 21.

(1) Andral, *Clinique médicale*, tome IV, page 57.
(2) *Éphémérides médicales*.

renfermée dans la vésicule? Et si on ne l'est pas, est-on autorisé, je le demande, à regarder les conséquences qui découlent de ce fait comme très-rigoureuses? On a tort d'assimiler les expériences plus ou moins imparfaites des vivisecteurs aux opérations de la nature, et de se figurer que les unes et les autres doivent avoir les mêmes résultats. Pour que ceux-ci fussent identiques, il faudrait qu'il y eût identité dans les procédés, et cela n'est pas. De pareilles objections, au surplus, perdent toute leur force devant les belles recherches de MM. Orfila, Chevreul, etc., qui, comme on sait, ont démontré que le sang et les urines des ictériques contiennent plusieurs des principes constituans de la bile. Vainement m'opposera-t-on que ces principes existent dans le sang normal. La preuve du contraire, c'est qu'on n'a jamais rencontré les matériaux de la bile que dans le sang et les urines des ictériques. Dire que chez les autres individus ces matériaux ne peuvent être découverts dans nos humeurs, parce qu'ils s'y trouvent en trop petite quantité, éliminés qu'ils sont par le foie (1), c'est substituer une hypothèse à une réalité.

De toutes les théories qui ont été émises sur la question qui nous occupe, celle des anciens, je le répète, est la seule qui mérite d'être prise en considération. Fondée sur la liaison presque constante d'une maladie appréciable du foie avec l'ictère, sur l'analogie de la teinte ictérique avec celle des tissus animaux qui sont imprégnés de bile, sur la certitude qu'on a qu'un obstacle à l'excrétion de la bile entraîne toujours la coloration en jaune de la peau, sur la présence de ce fluide ou de quelques-uns de ses principes dans le sang chez les ictériques, tout concourt à lui donner l'apparence de la vérité et me détermine à l'adopter.

L'affection dans laquelle l'ictère s'observe le plus communément est l'hépatite aiguë ou chronique.

La gastro-entérite, que presque tous les pathologistes mettent au nombre des causes de la jaunisse, ne la produirait jamais si elle existait seule. Ce n'est que lorsque cette phlegmasie s'est communiquée au foie et que celui-ci est atteint d'irritation que la peau se colore en jaune.

L'anatomie pathologique nous a fait connaître depuis longtemps que les obstacles mécaniques à l'écoulement de la bile s'accompagnent constamment d'ictéricie. Ces sortes d'obstacles ont leur siége dans les canaux hépatique et cholédoque. Pour ce qui concerne la vésicule et le conduit cystique, leur oblitération ne détermine pas la coloration en jaune de la peau, sans doute parce qu'elle n'empêche pas la bile de continuer à passer dans les voies digestives. On s'accorde généralement à regarder les calculs qui se trouvent logés dans les canaux hépatique et cholédoque comme une cause fréquente de leur obstruction. Il arrive quelquefois que la membrane muqueuse du dernier de ces conduits s'enflamme sous l'influence d'une gastro-entérite et s'épaissit au point de l'oblitérer complétement; on a vu aussi un ver s'introduire par son orifice duodénal et le boucher. Mais, le plus ordinairement, les obstacles qui nous occupent dépendent d'une compression exercée soit par une tumeur du foie, soit par des kystes, des masses squirrheuses, développés dans les organes qui touchent les canaux excréteurs. M. Portal cite un cas où la partie droite du pancréas tuméfié et dure comprimait l'orifice du canal cholédoque; il parle également d'un notaire chez qui le même orifice était oblitéré par une tumeur cancéreuse située dans le duodénum (1).

Lorsque l'un des canaux hépatique et cholédoque est obstrué, la bile s'accumule au-dessus de l'obstacle, et par son séjour devient un stimulant pour les vaisseaux biliaires et les derniers ramuscules de ces vaisseaux. De là l'irritation se propage au parenchyme hépatique: c'est alors seulement que la jaunisse se manifeste.

Il n'est pas rare de voir l'ictère survenir à la suite des opérations chirurgicales longues et douloureuses, d'une plaie d'arme à feu, d'une plaie par déchirement, d'une hernie étranglée, d'une entorse, etc. D'autres fois ce phénomène se déclare subitement après un accès de colère, une vive frayeur, etc. « Les auteurs, dit M. Portal, ont consigné dans leurs écrits des exemples de ces jaunisses, et particulièrement Lazare, Rivière, Hoffmann, Morgagni, Lallemand, qui a écrit un assez bon traité sur les passions; on y voit que des criminels ont eu la jaunisse la plus intense dès qu'on leur a prononcé leur arrêt de mort, que d'autres personnes sont devenues très-jaunes en apprenant la perte d'un procès, la mort inattendue de quelqu'un tendrement aimé (2). » Les passions tristes longtemps prolongées favorisent aussi le développement de la teinte ictérique, et plusieurs médecins assurent que les passions gaies peuvent avoir le même résultat. Dans tous ces cas, la jaunisse a été regardée comme provenant d'une cause purement nerveuse; mais la vérité est qu'elle n'a lieu que parce que, sous l'influence de l'une des causes dont il est question dans ce paragraphe, la membrane muqueuse gastro-intestinale fortement surexcitée a fait participer le foie à son état de souffrance. Les accidens généraux qui accompagnent les grandes opérations de chirurgie, les plaies d'armes à feu, etc., débutent toujours par le tube alimentaire, et l'on peut sans crainte avancer que l'irritation du parenchyme hépatique n'est jamais alors que consécutive à celle des voies digestives. C'est aussi par l'intermédiaire d'une irritation gastro-intestinale que les vives affections de l'ame, les passions tristes ou gaies déterminent l'ictère. M. Andral pense que le cerveau réagit directement en pareille occurrence sur le plexus hépatique. Mais si l'on réfléchit 1° que l'ictéricie dite *spasmodique* ne s'observe que chez les individus très-irritables, très-disposés aux maladies de l'appareil biliaire, qui présentent en un mot tous les caractères de ce que les anciens appelaient *pléthore bilieuse*; 2° que le cerveau et l'estomac sont liés par les sympathies les

(1) Andral, *Clinique médicale*, tome IV, page 57.

(1) *Maladies du foie*, pages 124 et 127.
(2) *Ibid.*, p. 41.



plus étroites, et qu'il n'est pas prouvé que le premier de ces organes soit en rapport intime d'action avec le foie ; 3° que les passions tristes coexistent le plus souvent avec une gastrite chronique ; 4° que l'hépatite qui se développe pendant le cours d'une phlegmasie cérébrale non traumatique a constamment été précédée des symptômes de la gastro-entérite ; si l'on réfléchit, dis-je, à ces divers circonstances, on en conclura sans peine que l'état du foie qui produit l'espèce d'ictère dont il s'agit ici reconnaît pour cause prochaine une lésion gastro-intestinale, qui, elle-même, est survenue immédiatement après une émotion morale vive, telle qu'une grande frayeur, un accès de colère, etc.

La jaunisse qui se manifeste quelquefois chez les femmes enceintes est due, suivant les uns, au développement de la matrice, qui, dans la grossesse, apporte une gêne plus ou moins considérable à la sécrétion de la bile; suivant les autres, au contraire, *ce phénomène doit être rapporté à un nouveau mode d'action de tous les viscères abdominaux, à une sorte de spasme qui correspond à celui qu'éprouve l'utérus pendant les premiers mois de la gestation* (1). Pour moi je pense que l'inflammation sympathique que la matrice exerce sur les voies digestives dans la grossesse nous donne une raison très-satisfaisante du mode de production de l'ictère dans ce cas. C'est encore ici une irritation gastro-intestinale qui, transmise au foie, occasionne la coloration en jaune de la peau.

J'ai avancé, comme on sait, en réfutant l'une des objections qu'on a faites à la théorie de l'absorption de la bile, que nous verrions plus bas que l'ictère ne s'observe que tout autant que le foie est atteint d'irritation. Cette proposition se trouve démontrée maintenant, car il résulte de ce que je viens de dire sur les diverses causes que les auteurs ont assignées à la coloration en jaune de la peau que, quelles que soient les circonstances dans lesquelles ce phénomène ait lieu, la condition *sine quâ non* de son existence est le développement antérieur d'une irritation du foie, tantôt légère et ne s'annonçant que par les signes qui dénotent une supersécrétion de bile, tantôt offrant les caractères d'une hépatite plus ou moins intense. Cela posé, si l'on se rappelle que les matériaux de la bile n'ont jamais été rencontrés que dans le sang et les urines des ictériques, on sera naturellement conduit à établir que, puisque d'une part la teinte ictérique ne commence à se manifester que lorsque le parenchyme hépatique est devenu le siége d'une surexcitation morbide, et que de l'autre les élémens de la bile n'existent pas normalement dans nos humeurs, la formation de la jaunisse est due en définitive à ce que, le foie étant atteint d'irritation chez les ictériques, les absorbans de ce viscère sont nécessairement alors doués d'une activité plus grande que de coutume, et pompent le fluide biliaire ou s'emparent seulement de quelques-uns de ses principes et les transportent dans le torrent circulatoire. On m'opposera sans doute qu'il arrive souvent que la jaunisse n'accompagne pas l'irritation hépatique, et qu'elle devrait cependant en être inséparable, s'il était vrai qu'elle dépendît de ce que, le foie étant atteint d'irritation, les absorbans qui entrent dans la structure de ce viscère se trouvent surexcités et exercent leur action sur la bile. Mais ici comme dans beaucoup d'autres cas il faut faire la part de ce qui nous échappe dans l'étude des causes des maladies, et que dans notre ignorance nous désignons sous le nom d'idiosyncrasie, de disposition individuelle. Si tel sujet souffrant d'une hépatite ne devient pas ictérique, tandis que tel autre affecté de la même phlegmasie, ou n'ayant qu'une irritation du foie peu prononcée, voit sa peau se colorer en jaune, c'est que la constitution de ce dernier l'y dispose davantage.

Les pathologistes ont appelé *symptomatique* l'ictéricie qui dépend d'une hépatite aiguë ou chronique, d'un abcès ou d'une dégénérescence du tissu propre du foie ; *spasmodique* ou *essentielle* celle qui se développe après une émotion morale vive, pendant la grossesse, etc. ; *calculeuse* celle qui survient lorsque des pierres ont produit l'obstruction du canal cholédoque; *par compression* celle qui résulte de l'oblitération des canaux excréteurs par une tumeur située dans leur voisinage. Mais je ferai remarquer que, dès le moment qu'il demeure démontré que, quelles que soient les circonstances dans lesquelles la jaunisse ait lieu, son développement a toujours été précédé d'une irritation du foie, il est clair qu'elle n'est jamais qu'un symptôme de cette dernière, et que par conséquent les titres de *spasmodique*, de *calculeuse*, etc., ne lui conviennent nullement. Ces dénominations d'ailleurs ont cela de vicieux qu'elles ne donnent pas une idée exacte du mécanisme par lequel la peau se colore en jaune.

Lorsque l'ictère se déclare à la suite de l'une de ces irritations gastro-hépatiques qui sont occasionnées par un accès de colère, une vive frayeur, etc., il persiste, en général, plus ou moins longtemps après que tous les signes de l'affection simultanée du foie et du tube digestif ont disparu. Dans tous les autres cas, sa durée est le plus ordinairement subordonnée à celle de la maladie qui le détermine.

La jaunisse, n'étant qu'un symptôme, n'exige pas de traitement particulier. Cependant, je crois que, quand elle survit à la cause qui l'a produite, on pourrait activer sa disparition par de légers purgatifs, les bouillons, les apozèmes amers et apéritifs, les sucs de plantes borraginées, chicoracées, etc.

DE LA BILE.

Des analyses récentes et bien faites ont prouvé que la bile humaine contient, sur 1100 parties, 1000 d'eau, 42 d'albumine, 41 de substance résineuse, 2 à 10 de matière jaune, 5 à 6 de soude libre, 4 à 5 de phosphate, d'hydrochlorate et de sulfate de soude, de phosphate de chaux et d'oxide de fer. Mais, il est un point sur lequel les chimistes modernes ne sont pas d'accord : les uns disent avoir rencontré dans la bile de l'homme une cer-

(1) *Dictionnaire de médecine* en 18 volumes, tome XII, page 18.



taine quantité de picromel, les autres prétendent que ce fluide n'en renferme pas du tout. M. Orfila semble pencher pour cette dernière opinion; cependant, s'il est vrai que, comme il l'assure, on obtienne, en versant du sous-acétate de plomb dans de la bile, un précipité d'oxide de plomb et de picromel, il faut bien que celui-ci existe dans la liqueur qui nous occupe.

La bile cystique de l'homme est verte, d'un brun jaunâtre, tantôt filante, tantôt liquide, toujours plus ou moins amère. Elle verdit le sirop de violette plus fortement que celle de bœuf; lorsqu'on la chauffe elle répand l'odeur du blanc d'œuf et se trouble. Les acides la décomposent et la précipitent; traitée par l'alcool, elle donne un précipité d'albumine et de matière jaune.

Si on la filtre et qu'on la traite par l'acétate de plomb, elle laisse précipiter de la matière verte. Enfin, si on la filtre de nouveau, et qu'on verse dessus du sous-acétate de plomb, on a pour résultat, suivant M. Orfila, un précipité de picromel et d'oxide de plomb.

La bile peut éprouver diverses altérations dans sa composition. Quelquefois elle perd de ses qualités stimulantes; d'autres fois elle devient extrêmement corrosive. Morgagni parle d'un individu qui était mort subitement et chez qui la bile avait acquis une telle acrimonie, qu'il suffit d'en introduire une goutte avec la pointe d'un scalpel sous la peau de deux pigeons pour les faire périr en peu d'instans. M. Portal a avancé, dans son ouvrage sur les maladies du foie, *que, lorsque ce viscère est ce qu'on appelle gras, et que les quatre cinquièmes de sa substance sont ainsi changés* (1), la bile est claire, limpide, sans saveur, purement albumineuse, et n'a presque pas de sérum; quand on la soumet à l'évaporation elle se prend en masse, et l'on n'y découvre que des atomes de soude et de sels. M. Andral a eu occasion de rencontrer cet état de la bile, non-seulement dans les dégénérations graisseuses du foie, mais dans quelques cas d'atrophie de cet organe portée à un haut degré, et dans quelques autres où le parenchyme hépatique était induré, ou présentait des cyrrhoses, des granulations rouges.

Les altérations de la bile dont il vient d'être question sont les seules qu'on ait observées jusqu'ici. L'une d'elles, comme on voit, se trouve toujours liée à une lésion de texture du foie. Quant à l'autre, elle ne fut pas évidemment la cause de la mort chez le sujet dont parle Morgagni, et tout porte à croire que c'est aussi un état pathologique de l'appareil biliaire qui la détermine. Le fluide qui nous occupe est-il susceptible de s'altérer spontanément? ou, en d'autres termes, y a-t-il des affections primitives de la bile? Cela peut être, mais nous ne savons rien de positif à cet égard.

(1) Page 83.

FIN.

ANNALES

D'HYGIÈNE PUBLIQUE

ET

DE MÉDECINE LÉGALE.

JUILLET 1836. (3e TRIMESTRE.)

PSYCHOLOGIE.

—

Réflexions d'une personne qui avait été atteinte d'aliénation mentale, sur sa propre maladie; communiquées par le docteur G.-H. Bergmann, à Hildesheim (Saxe).

(Traduit par le docteur F.-A. Heisch).

Les personnes qui ont été attaquées de maladies mentales se souviennent rarement, après leur guérison, des circonstances qui ont accompagné leur maladie : elles ignorent comment elles ont été traitées, et ce qu'elles ont éprouvé pendant ce temps ; la succession chronologique des faits leur échappe surtout (1). La plupart n'aiment pas à se rappeler qu'elles ont été malades, et veulent encore moins que d'autres le leur rappellent. Le mal disparaît souvent comme un songe étrange et pénible, dont au réveil on ne peut plus se rendre compte. Il y a cependant des cas, où des personnes, après leur guérison se ressouviennent de ce long rêve. Ces cas offrent toujours quelques enseignemens pour la théorie et le traitement des maladies mentales. Le récit que nous allons mettre sous les yeux du lecteur, récit fait par la personne même qui avait été malade, nous semble présenter d'autant plus d'intérêt, que de pareilles révélations (si je puis dire ainsi) n'ont été faites que bien rarement.

La personne dont il s'agit est une dame qui a reçu une éducation distinguée. Elle a l'imagination vive, le caractère tant soit peu remuant, et une tendance des plus prononcées à faire des projets et à les abandonner aussi promptement qu'ils avaient été formés. Cette dame est parfaitement rétablie depuis plusieurs années. Je lui demandai un jour, si elle conservait des souvenirs de sa maladie; si elle savait comment elle avait été impressionnée par les objets extérieurs, et comment elle avait jugé de ce qui se passait autour d'elle. Elle m'assura, en s'appuyant de sa propre expérience, que, malgré leur aberration mentale, les malades qui nous occupent, se rappellent quels objets et quelles personnes les entouraient, pendant leurs plus violens accès de démence, alors qu'ils sont incapables de distinguer des rêves, d'objets et d'événemens réels, et que ces souvenirs ne s'effacent point après leur guérison. Cette circonstance lui faisait penser qu'il existe dans le cerveau des réservoirs inconnus, où les impressions reçues arrivent par l'intermédiaire des nerfs optiques et acoustiques, et où ces impressions se conservent. Elle avait la conviction, ajouta-t-elle, que, retournant dans le pays où sa tête s'était d'abord égarée, non-seulement elle reconnaîtrait toutes les personnes, qui ont été en contact avec elle à cette époque, mais même qu'elle pourrait répéter les conversations tenues alors avec ces personnes. Qu'ainsi, par exemple, elle avait le souvenir le plus exact de la disposition de l'appartement où elle fut d'abord gardée, des meubles qui s'y trouvaient, ainsi que des tableaux et des gravures qui en ornaient les murs. Elle me fit observer à ce sujet que, dans le traitement des aliénés, on ne saurait donner assez d'attention à tous ces objets, parce que souvent ils portent des malades à se figurer les choses les plus inquiétantes et les plus pénibles.

D'un tempérament très-irritable, d'une imagination exaltée, cette dame prit un refroidissement dans un temps où elle était déjà tourmentée de voir ses espérances déçues, ces circonstances réunies firent éclater sa maladie mentale. Elle avait, en Hollande, des prétentions à une forte somme d'argent; mais ses droits remontaient à une époque assez éloignée; et une autre famille faisait valoir de son côté et avec assez d'apparence de justice, des droits à la même possession ; des offres avantageuses et l'espérance de réussir lorsqu'elle se trouverait sur place, engagèrent notre dame à se rendre en Hollande. Après bien des courses inutiles et après avoir vu échouer toutes ses tentatives, elle rentra un jour chez elle, ayant les pieds très-mouillés. Le lendemain elle se sentit indisposée, et fut assez fortement tourmentée par du froid aux pieds, par des maux de tête et de gorge. Au lieu de se mettre au lit, pour transpirer et se rétablir ainsi, elle s'assit à son secrétaire, pour y rédiger un mémoire fort étendu sur son procès, et elle appliqua tout son esprit et tous ses moyens, à y prouver la justesse de ses prétentions. Mais, malgré que le mémoire fût, selon elle, écrit avec le plus grand talent, malgré

(1) Le docteur B.... s'exprime ici d'une manière trop absolue ; il n'est pas aussi rare que le dit notre confrère, de voir les aliénés convalescens se souvenir de tout ce qui s'est passé pendant leur maladie. M. Esquirol avait déjà observé ce fait et j'en ai rapporté des exemples dans mes *Fragmens psychologiques*, au chapitre des *Inspirations passives*.

qu'elle eut envisagé la question sous toutes ses faces, cette démarche eut aussi peu de succès que les précédentes; elle n'obtint point de réponse. et quand elle se rendit chez les personnes auxquelles son mémoire était adressé, elles surent toujours éluder ses visites. Impatientée, aigrie, irritée de cette injustice, elle résolut de retourner dans sa patrie, et se proposait de quitter son logement, lorsqu'elle reçut une lettre de sa famille, dans laquelle celle-ci l'engageait à rester encore quelque temps en Hollande. Le mémoire, dont nous avons parlé, fut le principal objet dont s'occupa l'imagination déréglée de cette dame, dans la maladie qu'elle fit à cette époque. Voici le récit qu'elle m'a communiqué par écrit; je n'ai supprimé que quelques détails qui eussent été déplacés ici.

« Sur ces entrefaites, je louai un appartement plus isolé, mais moins cher. Mon hôte, cordonnier de son état, et toute sa famille étaient des gens bons et serviables. Je les croyais chrétiens, quoiqu'ils fussent juifs portugais. Quand j'appris cette circonstance, j'en fus péniblement affectée; je commençai à éprouver des craintes continuelles, qu'on ne m'enlevât l'argent que j'avais avec moi; cette crainte augmenta au point de me priver de tout sommeil. A la fin, j'imaginai que mes hôtes pourraient bien un jour me faire prendre une potion soporifique et m'assassiner pendant la nuit, ainsi que ma fille, pour s'emparer de ma fortune. Je crus mes soupçons, d'autant plus fondés, que ces gens m'avaient fait inscrire au bureau de police, sous le nom de madame H. A. et non sous celui de madame de H. B. Tourmentée par la peur, je dormis à peine pendant quelques instans, dans l'espace de huit jours; je me nourris d'abord d'œufs, de fruits et de thé; mais un jour qu'après avoir mangé d'un pain, apporté par mon hôtesse, j'eus presque instantanément une forte diarrhée je n'eus plus de repos.

» Mon hôtesse expliqua cet accident, par la circonstance, que la police, afin de prévenir une épidémie dont le pays était menacé, avait ordonné aux boulangers de mettre dans le pain destiné aux classes inférieures des drogues qui opérassent une purgation générale.

» Mon corps et ma tête succombèrent, affaiblis qu'ils étaient par le jeûne et par les veilles. La peur l'emporta; je perdis de plus en plus le jugement, la réflexion; enfin il me fut impossible de tirer d'un fait donné des conclusions en harmonie avec ce fait. Les personnes qui m'entouraient me devinrent de plus en plus suspectes, et je finis par perdre entièrement la raison.

» Deux rêves, l'un de ma fille, l'autre de moi, faits dans la même nuit, firent éclater le mal. Ma fille me raconta, qu'elle m'avait vu jeter dans la rue, du troisième étage, d'une maison de la ville, et que j'étais restée étendue sur le carreau, toute fracassée et morte. Nous allâmes reconnaître la maison qu'elle avait vue en songe, c'était le palais de justice. Moi-même j'avais rêvé, qu'un homme, porteur d'une bourse, était venu dans la maison du juif portugais et m'avait coupé la gorge. Le lendemain de ce jour, j'étais occupée à blanchir quelques hardes, lorsqu'en levant les yeux, j'aperçus (et j'étais bien éveillée) un long couteau, qui passait par le plafond de ma chambre; frappée de terreur, j'imposai silence à ma fille, je mis en toute hâte mon argent dans mon sac à ouvrage, je fermai ma malle et j'entraînai ma fille dans la rue, en emportant mes papiers les plus importans. Je ne saurais dire si quelqu'un passa ce couteau à travers les fentes du plancher, par pure plaisanterie, ou si tout cela n'était qu'une vision, créée par mon imagination exaltée; mais il est certain que j'étais bien éveillée et en pleine connaissance, lorsque j'aperçus l'instrument meurtrier. J'avais aussi rencontré, un peu auparavant, en descendant l'escalier, un homme, qui portait une grande bourse sous le bras; c'était probablement un barbier. L'aspect de cet homme me fit perdre toute contenance. Une fois sortie de la maison du juif, la raison m'abandonna tout à fait. J'allai d'abord à un corps de garde, j'appelai un jeune officier et le priai instamment de porter aussitôt au roi, le paquet de papiers que j'avais sur moi; comme il montra de l'hésitation et qu'il me quitta, sous prétexte d'appeler un officier supérieur, je m'éloignai rapidement et j'allai à la chancellerie allemande, où j'obligeai le digne archiviste M. Z., à se charger du paquet et à me le conserver; je lui fis également part de mes craintes et du danger que je redoutais. On me congédia, après m'avoir adressé quelques consolations banales, et je retournai dans la rue. Mais ici tout était changé pour moi; la ville, si tranquille, il n'y a qu'un instant, était en pleine insurrection. Le régiment en garnison dans la ville était juif; le prince royal et le roi avaient été faits prisonniers et condamnés à mort. L'ennemi avait pris terre à Schevelingen; c'étaient des hordes asiatiques, commandées par des juifs. A quoi sert maintenant mon or? me dis-je en moi-même; et je retournai jusque devant la porte de mon hôte, j'appelai sa femme, je versai tout mon or dans son tablier, en lui conseillant de commencer un petit commerce avec cet argent, et je finis par la prier humblement de me rendre un louis, pour que je pusse retourner en Allemagne.

» Il faut avoir vu la figure d'une pauvre juive, au moment où on lui fait subitement un si riche cadeau, pour se représenter la mine que fit celle-ci; son visage devint pourpre. Elle ne savait à quoi se resoudre, mais elle finit cependant par me donner une pièce d'or, et elle m'aurait certainement laissée partir ainsi, si son mari n'était survenu. Celui-ci prit une poignée de louis et me les glissa, presqu'à mon insu, dans mon sac. Ces louis se retrouvèrent réellement plus tard, ce qui fait que je me crois obligée de croire cette famille très-honnête. Quand je me fus ainsi, comme je le croyais, débarrassée de mon argent, ma crainte d'être assassinée disparut, et je raisonnai assez logiquement pour une folle. Je me disais: on a voulu te tuer à cause de ton argent; maintenant qu'on le possède, on contremandera l'assassin, et tu peux t'en retourner chez toi sans aucune crainte. Je démontrai tout cela à ma fille, et je me dirigeai vers la route de Delft; je voulais passer la nuit dans cette ville, me faire conduire en bateau à Rotterdam, d'où j'aurais été à Munster, en passant par Arn-

heim et Emerich; à Munster, je voulais me rendre chez madame H. et lui représenter, que c'était un devoir sacré pour elle de rappeler de suite son époux de Hollande, parce qu'il s'exposait à y être puni de la marque, ce qui était déjà arrivé à une personne qui avait réclamé un héritage.

» Je changeai mon louis chez le banquier S., et j'étais déjà arrivé près de la porte de la ville, lorsque j'aperçus une jeune juive, qui me suivait; j'avais beau prendre des détours, elle était toujours à mes talons; j'allai à la fin à sa rencontre, et je lui criai d'une voix menaçante : Maudit peuple de païens, vous avez jadis crucifié le Christ, et aujourd'hui vous voulez assouvir votre rage sur le prince-royal! La juive se sauva à cette apostrophe terrible, et dès ce moment, je fus intimement convaincue que le prince, qui jouissait de l'affection générale, courait un péril imminent. Je rencontrai alors un enclos de planches; je demandai à quelqu'un, à quoi pouvait être destiné cet enclos; comme cette personne me dit qu'il appartenait à un juif, je me persuadai, que c'était la prison de la famille royale. Cette idée absurde me causa tant de douleur et de commisération, que j'abandonnai ma fille, et que je voulus à toute force faire un trou dans cet enclos avec mes ongles, pour sauver le prince, et l'emmener avec moi. Rien ne put me faire renoncer à cette idée fixe, qui me faisait croire à la guerre.

» Deux nouvelles visions, qui n'existèrent que dans mon cerveau malade, me confirmèrent encore dans cette idée. D'abord, je vis sur le canal un petit bâtiment, avec voiles et drapeaux noirs; ma fille aînée, que j'avais laissée à C., s'y était réfugiée, vêtue misérablement; mais le bâtiment ne pouvait pas s'éloigner, parce que le roi des juifs avait défendu, sous peine de mort, à tous les bateliers de lever l'ancre. Pour ne pas la trahir et faire savoir qu'elle était ma fille, je m'en retournai en silence, et bientôt après, j'aperçus le visage d'une jeune dame de H., qui descendait, en pleine parure, d'une belle voiture, et alla dans une maison voisine. Je suivis cette dame, pour lui parler; mais les personnnes auxquelles je m'adressai, n'avaient vu personne. Je pris alors en toute hâte la route de Delft, où j'arrivai à huit heures du soir. Je me rendis prudemment dans des maisons honnêtes, mais on ne voulut me recevoir nulle part. Enfin, on m'attira dans la maison du capitaine B., dont la femme était malade et alitée. Toutefois on me témoigna un très-grand intérêt, on me traita avec beaucoup d'égards et d'humanité; mais j'eus un nouvel accès de fièvre, et une foule de visions, plus ou moins absurdes, se rapportant toutes à la captivité du prince-royal, me donnèrent un délire furieux, poussé au plus haut degré, ce qui engagea les personnes, chez qui j'étais, à me transporter de nuit dans une autre maison. On avait écrit le lendemain à M. l'archiviste Z.; celui-ci vint me chercher dans une voiture fermée, et me conduisit dans une maison éloignée de la rue, où je fus placée sous la surveillance d'un vieux domestique de M. H. On m'envoya un médecin, et je fus rétablie au bout de trois semaines, assez bien pour que mes gardiens ne s'aperçussent plus de ce qui se passait en moi, quoique mes idées tournassent toujours encore autour du même sujet.

» Après mon départ de la maison de M. B., à Delft, je tombai dans la plus noire mélancolie. Je me crus dans des situations que peut imaginer la démence la plus complète. Je n'ai aucun souvenir bien distinct de ce qui se passa, pendant que nous nous rendîmes à l'auberge, où il fallut passer trois jours. Cependant je me rappelle vaguement m'être entretenue avec plusieurs personnes, et avoir répondu à différentes questions; je crois aussi que, quand je fus couchée, un grand nombre de personnes vinrent me considérer, et s'entretinrent entre elles de mon état; tout cela au reste n'est peut-être qu'un songe.

» Mais l'état, dans lequel je passai la première nuit, me paraît devoir fixer toute l'attention de l'observateur. Je me crus couchée, en pleine connaissance, mais sans pouvoir faire aucun mouvement, dans un immense abîme, sentant que j'était enterrée vivante, et m'étais réveillée dans la tombe; je devais passer ainsi l'éternité, avec la conscience entière de mon état, à réfléchir sur moi-même. Mon âme, qui, lorsqu'elle était éveillée quelques heures auparavant, s'était abandonnée à la frénésie la plus violente, végétait maintenant avec toute sa raison. J'examinai si j'avais mérité un sort aussi rigoureux, et comme je n'avais la conscience d'aucun crime commis avec intention, je finis par conclure, que j'étais punie si sévèrement, parce que, quoique j'eusse rempli mes devoirs, autant qu'il avait été en moi, j'avais cependant négligé de faire bien au-delà de mon devoir, etc. J'étais du reste dans l'état d'un individu atteint du tétanos.

» Je revins enfin à moi; mais j'étais dans un abattement extrême, et j'avais presque entièrement perdu la force de me soutenir. A peine je fus éveillée, que je retombai dans mes illusions; je commençai par examiner la chambre dans laquelle je me trouvais, pour savoir si je n'étais pas tombée dans la maison d'un marchand d'âmes. Les mouvemens burlesques dont j'accompagnai cette perquisition, auraient, certes, fait rire l'homme le plus sérieux; à la fin je me plaçai dans la cheminée, en faisant ce raisonnement, que puisqu'elle était en pierres, on ne pourrait pas l'abattre, lorsqu'on démolirait la maison. Les tableaux, qui ornaient l'appartement, contribuèrent à entretenir mes craintes. C'est dans cette position que j'attendis, en tremblant les habitans de la maison. Une jeune fille se présenta d'abord, elle m'inspira quelque confiance; mais quand je vis entrer ma vieille hôtesse, mon agitation devint visible, et lorsque ensuite on introduisit deux gardiens, qui ne devaient pas me quitter, ma colère éclata de nouveau, et je brisai une fenêtre, pour m'échapper.

» Plus tard on me permit de descendre au jardin, le grand air me calma; cependant je me faisais illusion sur tout ce qui m'entourait. Les maisons, autour du jardin, me semblaient des prisons remplies de prisonniers. Je pris la cuisine de mon hôtesse, dans laquelle bouillonnait une chaudière, pour l'endroit où l'on appliquait les prisonniers à la question. Je crus que l'eau

de la chaudière était de l'huile bouillante, dans laquelle on allait me plonger. Remplie de cette idée, je déchirai la manche de la robe de ma fille, voulant la retenir, pour la soustraire au danger d'être bouillie vivante.

» Tout cela explique la situation d'un fou frénétique, dont toutes les actions sont déterminées par d'aussi terribles suppositions; aussi est-il constant pour moi, qu'on ne peut adoucir un peu les souffrances de ces malades, qu'en leur accordant une entière liberté. Car, si ce jour-là on m'avait enfermée, ou même enchaînée, ou bien la terreur eût figé le sang dans mes veines, ou bien il eût circulé avec une telle rapidité, qu'infailliblement toutes les artères se seraient rompues dans mon cerveau. Fort heureusement on me laissa dans le jardin, même à l'approche d'un violent orage; je me trouvai très-bien, lorsque la pluie fit rentrer mes gardiens dans l'allée de la maison, et que je pus alors considérer, en toute liberté, l'orage qui s'approchait. Mais quelle différence entre cet orage et tous ceux que j'avais vus avant et ceux que je vis depuis. Les nuages, qui s'élevaient à l'horizon, me parurent être les flots de la mer, qui montaient des rives de Schevelingen, jusqu'aux nues, et se combattaient dans les airs, au-dessus de ma tête, pendant qu'une flotte ennemie soutenait, sur la rive, un combat à outrance contre les habitans. L'heure suprême avait sonné pour la prospérité de la Hollande. Je n'entendis point de coups de tonnerre, je ne vis point d'éclairs, mais j'aperçus l'explosion de cent bouches à feu, la canonnade retentit incessamment à mes oreilles; d'où l'on peut conclure en toute sûreté, que l'oreille et l'œil de l'insensé grandissent tout ce qu'ils entendent et tout ce qu'ils aperçoivent.

» Plus tard, je fis encore la même remarque. Me croyant un peu remise, on me rendit mon linge et mes effets; je les sortis de ma malle et les entassai sur le plancher de ma chambre; j'aperçus alors une énorme quantité d'effets et de linge et même une nappe et des serviettes, que cependant j'avais laissées à C. Mais ma joie ne fut pas de longue durée; et, quand le lendemain je visitai de nouveau mon linge, il me manqua beaucoup d'objets, que je m'imaginais avoir eus entre les mains la veille; ce qui me fit penser que j'avais été volée. Je ne communiquai cependant mon soupçon à personne.

» Ces deux événemens m'autorisent à soutenir, que l'aliéné croit voir et entendre des choses qui n'existent point réellement. Mais ce qui va suivre, fait voir, combien une personne, vue en temps opportun, peut rassurer le malade: car les premiers symptômes de ma guérison datent du jour où je vis, au milieu d'un grand nombre d'autres, une figure qui m'intéressa particulièrement.

» Je ne me rappelle plus bien, si ce fut le deuxième ou le troisième jour; plusieurs personnes vinrent s'entretenir avec moi, dans le jardin; mais, je me conduisis de la manière la plus impertinente envers tout le monde, même envers ce bon capitaine B.. qui m'avait sauvé la vie. A la fin deux hommes ouvrirent la porte et regardèrent de mon côté; l'un était habillé d'une redingote bleu foncée, il se retira presque aussitôt, l'autre portait un habit d'uniforme clair et très-beau; je vis aussi celui-ci se retirer; après cela entra un jeune homme de fort bonne mine, ayant un air de parfaite santé; il m'adressa la parole en français, et je lui répondis dans la même langue. Je pris ce jeune homme pour le prince-royal, et le bandeau me tomba des yeux. Je me sentis tout-à-coup fort confuse de me trouver en présence du prince, dans un costume si peu soigné; je m'étonnai qu'il fût encore en vie, et le voyant en parfaite santé, les inquiétudes que j'avais conçues pour lui, m'imaginant que l'ennemi, qui avait envahi le pays, lui avait fait subir d'affreux tourmens, se dissipèrent tout d'un coup. Je me sentis comme animée d'une nouvelle vie, et de cette heure-là, les visions terribles disparurent.

» On conçoit aisément que ce jeune homme n'était point le prince; mais il lui ressemblait un peu. Que de bien on ferait aux aliénés, si l'on pouvait deviner leurs pensées et amener des scènes qui agissent favorablement sur eux. Si on m'avait laissée partir ce jour-là, je n'aurais bien certainement plus rien fait d'absurde ou de nuisible. Mais, je devais passer par des épreuves plus cruelles encore, et je ne devais pas en être quitte avec la dépense, que m'avaieut occasionnée trois jours de maladie.

» On fit venir un carrosse, dans lequel M. l'archiviste Z. me conduisit à La Haye, où il me plaça dans une maison près du château. Je me querellai d'abord avec M. Z., parce que nous ne sortions pas de la ville par la porte par où j'y étais entrée. J'essayai de lui démontrer qu'il se trompait de chemin, et je fut très-offensée de ce que sans m'écouter, il faisait, en souriant, continuer la même route. Je fus encore plus irritée, quand, lorsque nous nous arrêtâmes, un enfant vint nous regarder; je lui dis aussitôt qu'il *méritait la verge*, ce qui le fit enfuir. En montant l'escalier, j'en comptai les marches, et arrivée dans ma chambre, je me fâchai de nouveau, en voyant qu'on ne pouvait pas en fermer la porte en dedans.

» Mais ma terreur fut à son comble, quand, dans ma garde-malade, je crus fermement reconnaître une personne, que quelque temps auparavant, j'avais vu pendre à La Haye, en compagnie d'un autre malfaiteur, et que, d'après cela, je pris pour un revenant. Je me vois donc seule, la nuit, avec cette personne, et j'éprouve les craintes les plus cruelles. Je ne souffris jamais que le soir on fermât les volets; et comme, quand je crus avoir vu le prince, je ne craignis plus la guerre, et je fus persuadée que nos troupes avaient remporté la victoire, ainsi cette idée me fit de nouveau craindre d'être assassinée. Quand on touchait à la pompe, dans la cour, je croyais qu'on voulait faire monter l'eau dans ma chambre, et je m'attendais à chaque instant à l'y voir pénétrer. Ayant vu trois clous dans ma chambre je craignis que l'on ne nous y pendît, moi, ma fille et ma garde, parce que celle-ci était condamnée à mort.

» Un soir j'étais couchée, mais bien éveillée, et je



suivais des yeux ma garde, que je prenais pour un revenant; la chandelle coula, mais je ne vis pas le suif découler de cette chandelle, mais d'un trou dans le mur, et il s'écoulait en si grande quantité, semblable à un torrent furieux qui a rompu ses digues, que je jetai les hauts cris, et prétendis qu'on voulait m'étouffer. Cette scène me fit croire qu'on tentait d'empoisonner l'air, et de ce moment je sentis constamment une odeur douce mais désagréable. Tous les mets qu'on me présentait avaient ce goût; je m'imaginai que la viande qu'on apportait était de la chair humaine, et persistai dans la croyance qu'on voulait me donner du poison.

» Depuis mon entière guérison, j'ai trouvé, dans une de mes promenades, une herbe vénéneuse qui avait l'odeur désagréable dont je viens de parler.

» Cette circonstance, d'avoir vu le suif couler du mur, me prouve irrésistiblement que les personnes qui ont le malheur d'être atteintes de maladie mentale voient des objets qui n'existent nullement, et que la vue de certains objets crée spontanément des images dans l'œil du malade.

» Plus tard, quand j'allais déjà beaucoup mieux, je vis encore le docteur T., puis mon beau-frère; j'entendis la voix de ma sœur, et une autre voix qui, en m'appelant par mon nom, me disait : remets le placet.

» Je priai souvent mes surveillans de me donner mes habits, mes papiers et mon argent, mais on me dit qu'on les garderait jusqu'à l'arrivée de mon mari, qui devait venir me chercher. Je tentai plusieurs fois de m'opposer à cette disposition, en objectant les frais qu'elle occasionnerait, pour engager les personnes qui me retenaient à me laisser voyager seule; mais elles n'y consentirent point, quoique je fusse devenue beaucoup plus calme. Ce calme ne fut interrompu que par quelques rêves terribles, qui cadraient tout à fait avec les circonstances. C'est ainsi que je me trouvai dans l'empire de Pluton, et que j'examinai son royaume souterrain avec une fermeté remarquable. Je vis encore préparer l'*aqua tofana;* j'avais lu une description de cette horrible torture, dont tous les détails atroces se reproduisirent dans ce songe, et mes enfans étaient les malheureuses victimes de la barbarie italienne. J'aime mieux souffrir en réalité tous les tourmens imaginables, plutôt que de faire encore une fois un aussi épouvantable rêve. Je vis bien à mon réveil que j'avais rêvé; malgré cela, une idée inquiétante succédait à l'autre, et la dernière de ce genre me vint lors de mon retour, de suite après que je fus montée en diligence.

» On est presque tenté de conclure de tous ces faits, qu'il faut soustraire tous les objets à la vue d'un aliéné; mais, si ce que je voyais donna lieu à de fausses interprétations de ma part, ce qui m'était caché me conduisit encore bien davantage à des conjectures extraordinaires.

» Je fis du bureau, qui se trouvait dans l'édifice où j'étais, la chambre dans laquelle on appliquait la question; toutes les fois que j'entendais cacheter un paquet, je me figurais que c'était le coup de grâce d'un malheureux. Une vieille chambre toujours fermée, renfermant de vieux registres et pleine d'armoires, était le charnier; les armoires étaient des cercueils. Je crus fermement que l'étage au-dessus de celui que j'habitais servait à conserver les restes des individus assassinés, jusqu'à ce qu'un jour, trouvant la porte ouverte, et n'entendant point de bruit dans la maison, je montai doucement pour voir par moi-même jusqu'à quel point mes tristes soupçons étaient fondés. Mais quelle fut ma joie, quand au lieu d'ossemens, de squelettes et de cadavres, je ne trouvai que des paperasses déchirées. Ma curiosité était excitée au dernier point, et cependant je n'osai pas toucher une seule de ces feuilles. J'ouvris une fenêtre qui avait vue sur le jardin royal; les croisées de l'appartement du roi donnaient également dans ce jardin. Je remarquai, à l'une de ces croisées, une grande dame vêtue d'une robe blanche; au moment où je l'aperçus, elle se leva de sa chaise avec quelque violence, je me persuadai aussitôt que c'était la princesse de Galles. De ce moment, toutes mes idées absurdes ne se rapportèrent plus qu'à cette princesse, parce que je m'imaginai qu'elle était retenue prisonnière dans cet appartement.

» Je regardai ensuite par les croisées de la façade de la maison que j'habitais, et je vis une suite de bâtimens qui entouraient circulairement le château. Il faudrait savoir si, des fenêtres de cette mansarde, on jouit effectivement de la vue que je décris ici, pour décider si mes sens n'étaient pas sous l'empire d'une illusion, lorsque je voyais une foule d'édifices magnifiques tout à l'entour de cette place. Les bâtimens antérieurs s'apercevaient de ma chambre à coucher; je vis distinctement une petite pipe en terre, qui passait par la cheminée de la maison la plus voisine de la cour du château; il ne m'en fallut pas davantage pour me faire admettre que le tuyau de cette pipe était le seul passage par où l'air pénétrait dans cette maison. Aussi, je me figurai que toutes les personnes qui y entraient y seraient étouffées.

» Le jour de l'arrivée de mon mari, et à son aspect, tout mon être subit une révolution particulière. Au lieu de me sentir soulagée par l'idée de trouver en lui un protecteur, j'étais tourmentée par la crainte d'être regardée comme folle et d'être ainsi placée sous sa direction, dont je me méfiais. Dominée par cette appréhension, je me contraignis, pour ne point faire soupçonner mon aliénation mentale, quoique je fusse encore bien loin d'avoir recouvré toute ma raison. Je priai aussi ma garde de m'acheter en cachette une forte dose de rhubarbe; je la pris en une seule fois, après quoi je me trouvai beaucoup mieux. J'en avais déjà une fois agi ainsi avec succès.

» Quelques jours après l'arrivée de mon mari, nous nous mîmes en route pour retourner dans notre patrie. Nous prîmes la diligence, quoique nous eussions voyagé à beaucoup meilleur compte, avec une voiture de louage, attendu qu'il nous fallait payer trois places. Nous voilà donc en route et les secousses et les cahots des méchantes voitures dans lesquelles nous nous trouvions, ne contribuèrent pas peu à remettre mon cerveau dérangé.

J'eus bientôt occasion de prouver que ma raison m'était revenue.

» Nous nous arrêtames au-delà de A. dans une ville, à l'hôtel de la poste, pour y passer la nuit. On nous donna une chambre dont la porte n'avait point de serrure. Après que mon mari se fut déshabillé et couché, m'apercevant qu'il avait placé son pantalon près de la porte entr'ouverte, je craignis qu'il n'eût laissé de l'argent dans ses poches; je les visitai, et y trouvai, à ma grande joie, trente-deux doubles louis, de ceux que j'avais pris avec moi, et outre cela une somme de deux cents reichsthaler en louis simples. Je cachai aussitôt les trente-deux doubles louis dans mes vêtemens, me proposant, au cas que mon mari ne prendrait pas de meilleurs arrangemens pour continuer la route, de partir toute seule, et à pied, pour ménager mes belles pièces d'or. Cet argent, que j'avais gagné péniblement dans ma jeunesse, et que je me trouvais posséder de nouveau, me rendit une telle force d'esprit, qu'à partir de ce moment je commençai une nouvelle vie. Mes craintes se dissipèrent, tout ce qui m'entourait m'apparut subitement sous un autre jour. Voulant causer quelque inquiétude à mon mari, pour le punir de son imprudence, je plaçai dans son lit l'or qui lui appartenait, en gardant le mien. Le lendemain sa frayeur fut très-grande, quand il trouva ses poches vides, quoique son pantalon fût sur la chaise où il l'avait placé la veille; je le rassurai en lui rendant son argent, et lui déclarai fort sérieusement que sa manière de voyager, tout en étant très-dispendieuse, n'en était pas plus commode pour cela; que je ne contribuerais plus aux frais, que je ne paierais plus que mes dépenses et celles de ma fille. Comme malgré mes remontrances, nous voyageâmes de nouveau en diligence, je quittai mon mari dans un village, et je marchai toute seule jusqu'à la porte de Westphalie. Je me serais certainement égarée, sans une circonstance qui tient du merveilleux.

» Arrivée à un endroit, où trois routes se croisent, j'allais prendre celle qui m'eut ramenée au point d'où j'étais partie, quand je découvris les traces d'un homme qui avait probablement conduit de l'avoine à la ville de Minden; un sac s'était déchiré et l'avoine s'en était échappée en grande quantité. Ma tête était encore très-faible, et j'avais à tout une explication toute prête; je m'imaginai donc, et cette fois fort heureusement, que cette avoine avait été répandue sur la route pour m'aider à sortir du labyrinthe dans lequel je me croyais engagée. Je suivis cette trace avec pleine confiance, et marchant constamment sur l'avoine, je passai par des chemins presque impraticables et par plusieurs villages, et j'arrivai enfin à la grande route, où j'aperçus la diligence, qui, en suivant cette route, avait fait un long circuit; j'y rejoignis mon mari et ma fille.

» A Minden je pris moi-même les arrangemens nécessaires pour continuer la route, et louai une voiture pour nous seuls. Malgré cela, la cause la plus légère me portait à de fausses suppositions; mais comme je jouissais d'une entière liberté, je me livrais à un examen attentif de ce qui m'avait d'abord surprise, et je reconnus ainsi peu-à-peu mon erreur. Je me rappelle encore quelques-unes de ces visions fort singulières.

» A l'époque dont je parle, je n'étais plus inquiète ni de mon sort, ni de celui de ma famille; mais j'étais tourmentée par un sentiment de pitié pour les juifs, battus selon moi en Hollande, et réfugiés dans les bois des environs de C., où ils mouraient de faim et de froid, avec leur femmes et leurs enfans. J'allais tous les jours dans ces bois, et partout où des chemins se croisaient, je plaçais du pain et de l'argent.

» Deux régimens, qui traversèrent la ville à cette époque, conduisaient avec eux un cercueil; cette circonstance me saisit d'épouvante, parce que je m'imaginai que leur roi était placé dans ce cercueil. Pour m'assurer de la vérité, je courus à travers le jardin, pour rencontrer le cortège; mais le cadavre avait disparu, et plus tard j'appris que le cercueil avait été vide. J'appelai un jeune soldat, qui suivait les régimens à quelque distance, et lui adressai des questions à ce sujet: il ne me répondit point, alla, sans dire un mot, à un tertre couvert de verdure et d'épines; et avec la pointe d'une canne il fit un trou sous ces épines. Il ne répondit pas davantage quand je lui demandai s'il y avait un roi enterré sur l'une des rives du Rhin. Je fus aussitôt persuadée que ce soldat silencieux était un revenant, et cette idée terrible m'inquiéta beaucoup.

» La frayeur probablement, et le temps orageux, auquel je m'exposais constamment, bouleversèrent de nouveau mon cerveau. A partir de ce jour, aussitôt que j'arrivais dans la campagne, je voyais au haut de toutes les montagnes qui bordaient l'horizon, des machines que je prenais pour des télégraphes; et je m'imaginai à la fin que l'ennemi, après avoir coupé un canal, avait repoussé toute l'armée prussienne jusqu'au Rhin et l'avait précipitée dans l'abîme et que l'on voulait conserver les vaisseaux et les cadavres des individus ainsi anéantis, comme trophées de cette victoire. Cette idée éveilla en moi une haine terrible contre les hommes inhumains auxquels j'attribuais un plan si atroce; pour montrer que je ne participais en rien à son exécution, j'eus la pensée singulière d'envoyer quelques pains et une bouteille d'eau-de-vie à quelques détachemens de recrues qui passèrent par la ville; ils acceptèrent l'eau-de-vie, et donnèrent le pain aux pauvres. »

Depuis le retour de cette dame dans sa ville natale, ses visions, quoique ne se trahissant plus guère au dehors, car elle avait déjà gagné assez d'empire sur elle-même pour les cacher aux autres, étaient toujours encore assez fréquentes. Elle conserva longtemps la croyance que les juifs avaient juré d'assassiner les chrétiens; aussi saluait-elle avec beaucoup de respect et d'humilité toutes les juives fussent-elles couvertes de haillons; elle leur parlait avec la plus grande politesse, leur offrait ses services avec bienveillance, et en cherchant à les consoler. Elle donnait quelquefois à de pauvres juifs une pièce de monnaie, à laquelle elle attribuait une vertu particulière.

Elle abandonna à la fin cette idée, parce que chaque jour elle se convainquait que ses craintes étaient chimé-



riques; mais elle passa à une idée tout opposée. Ce contraste se remarque fréquemment dans les rêves des aliénés. Elle crut qu'un grand nombre de juifs étaient campés dans une vaste forêt derrière une montagne des environs de la ville qu'elle habitait; que le gouvernement les retenait prisonniers en cet endroit et les faisait surveiller, et qu'ils étaient condamnés à mourir misérablement de faim. Guidée par la pitié que lui inspiraient ces malheureux, et indignée de ces mesures inhumaines, elle se hasarda plusieurs fois tout près de la forêt, et plaça çà et là, sur le bord des chemins qui y conduisaient, toutes sortes de vivres, tels que des pains, des fruits, de œufs, etc., afin que ces malheureux les trouvassent et qu'ainsi quelques-uns d'entre eux, au moins, fussent soustraits à la mort affreuse à laquelle ils étaient condamnés.

Un jour sa pitié pour ces malheureux ne lui laissa plus de repos, elle voulut absolument s'assurer de leur sort, aucune peine, aucune fatigue ne l'arrêta; chargée de deux pains, d'une bouteille de vin et de quelques citrons, elle fouilla toutes les cachettes et toutes les gorges de la forêt, et gravit, à la fin, jusqu'au sommet de la montagne qui est fort escarpée. Elle ne découvrit rien qui pût confirmer son opinion. La vue magnifique dont elle jouissait, récréa son esprit, et les vivres ainsi que le vin, dont elle s'était munie, servirent fort à propos à fortifier ses membres fatigués.

Quand elle redescendit de la montagne, elle rencontra un jeune paysan. Les aliénés aiment généralement les enfans; ils se fient davantage à eux qu'aux personnes plus âgées, et ils préfèrent leurs services. Notre malade fut donc doublement satisfaite et consolée de pouvoir adresser des questions à cet enfant sur tout ce dont elle était occupée. Quand le jeune paysan eut répondu négativement aux différentes questions qu'elle lui adressa, telles que : s'il n'y avait pas dans le voisinage, des prisonniers qu'on forçait à déplacer la montagne; si on ne trouvait pas çà et là des cadavres d'hommes, de femmes et d'enfans, etc., elle commença à se tranquilliser et à s'apercevoir peu à peu de son erreur.

Depuis cette aventure, elle recouvra de plus en plus son jugement, dans l'appréciation des objets et des faits, et au bout de trois mois elle fut entièrement rétablie.

MÉDECINE LÉGALE.

—

Suicide par empoisonnement. Exemple remarquable de la possibilité des erreurs judiciaires; par P.-H. BOUTIGNY, membre du jury médical du département de l'Eure.

Dans la commune de B......... (Eure), vivaient les époux X... La femme comptait près de treize lustres et le mari était plus que septuagénaire.

La femme était acariâtre et sujette à des accès d'hystérie; ses passions étaient vives, et ses désirs ne pouvaient que rarement être satisfaits; aussi avait elle imaginé un supplément des plus grotesques et des plus bizarres.

Dans le mois de décembre dernier, elle accusa son mari d'avoir voulu l'empoisonner. La justice, que le docteur Baudry accompagnait, se transporta sur les lieux, et, sur les indications de cette femme, on trouva dans sa maison un vase contenant de l'arsenic en poudre grossière, et une rôtie au vin que la malade devait prendre et qui contenait également une grande quantité d'arsenic. Ces faits motivaient suffisamment l'arrestation de l'époux, qui fut conduit dans les prisons d'Évreux. Le jour même ou le lendemain, la femme se leva et se porta fort bien pendant huit jours.

Interrogé sur les motifs qui avaient pu le porter à tenter d'empoisonner sa femme, le mari répondait qu'un pareil projet était bien loin de son cœur, que jamais il n'avait songé à commettre un si grand crime; que d'ailleurs, il avait le plus grand intérêt à ce qu'elle vécût, l'aisance dont il jouissait venant du chef de sa femme, dont le peu de fortune devait retourner à des collatéraux après sa mort. Enfin, cet homme était calme et résigné.

A huit jours de là, sa femme est prise d'une sorte d'accès de folie; on la voit courir dans la campagne et faire mille extravagances; cependant elle rentre chez elle, mais elle y rentre pour ne plus en sortir vivante : elle mourut le lendemain.

A l'autopsie, on trouva de grands désordres, particulièrement dans les intestins (1). Le tube digestif nous fut envoyé à Evreux, et nous y trouvâmes une grande quantité d'arsenic, dans un état de division pareil à celui que nous avions trouvé dans le pot de grès et dans la rôtie.

Interrogés sur la question de savoir si cet arsenic avait pu être ingéré avant l'arrestation du mari, nous n'hésitâmes pas, M. Baudry et moi, à répondre négativement à cette question.

Il va sans dire, que le mari de cette monomaniaque d'un nouveau genre, fut mis immédiatement en liberté. Mais que serait-il devenu, si ce malheureux n'eût pas été arrêté?...... On ne saurait y penser sans frémir.

Combien de phrases éloquentes cette voix accusatrice d'une mourante, n'eût-elle pas inspirées à l'organe du ministère public! Et cette énorme quantité d'arsenic trouvée dans le tube digestif de cette femme, celui qui existait dans la rôtie au vin, celui qui fut trouvé au domicile conjugal, et puis les déclarations nettes et positives des hommes de l'art dans cette circonstance! tout aurait concouru à faire condamner le malheureux époux comme un lâche empoisonneur, quoiqu'il fût innocent du crime odieux dont il aurait été accusé. Répétons-le donc : on ne saurait penser sans frémir aux conséquences terribles de cette affaire, sans l'arrestation préventive de l'époux.

---

(1) L'état pathologique du tube digestif sera l'objet d'un mémoire du docteur Baudry.



BULLETIN GÉNÉRAL

DE THERAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

SEPTEMBRE. 1836.

N° 17. — 15 SEPT.

Du degré de certitude en médecine, et de la nécessité de l'étude continuelle unie à la pratique.

En France, il est encore de bon ton de se moquer de la médecine, de traiter son pouvoir de chimère. Cette idée est mise ordinairement à la mode par quelques médecins de réputation. Des hommes de lettres, dont les vues hardies avaient attaqué bien des préjugés, ont propagé cette idée avec empressement : incrédules par système, ils ont à la légère proscrit la médecine, science hypothétique, et l'ont classée, sans la connaître, parmi ces théories menteuses dont l'étude ne devait plus servir à fausser l'intelligence humaine. Tous ceux qui voulaient passer pour être, comme eux, au-dessus de toutes les superstitions, se croyaient obligés en conscience à paraphraser dans le monde les raisonnemens de Montaigne, les plaisanteries de Molière et les boutades de J. J. Rousseau. On entendait dire et redire chaque jour qu'il fallait s'en rapporter, pour la guérison des maladies, à la nature prévoyante et sage, par ceux même qui ne reconnaissaient à la nature ni prévoyance ni plan raisonné. On niait toutes les causes finales ; on considérait l'existence humaine comme l'effet de hasards successifs, du lent apprentissage de chaque organe, et l'on voulait en même temps qu'il fût impossible de rien ajouter à ces hasards par des combinaisons réfléchies, de perfectionner cet apprentissage par des essais fondés sur l'observation.

Je n'examine point si l'on était en cela bien conséquent, et je passe aux gens du monde, aux philosophes leur mépris pour une science qu'ils ne connaissent pas. Mais quel spectacle que de voir un médecin traiter sa profession de charlatanerie, les connaissances qu'elle exige de frivole étalage, ses devoirs de vaines simagrées ! S'imagine-t-il inspirer une grande confiance dans la droiture de son esprit, lui qui foule aux pieds un art dont l'étude ne l'a pas rebuté ? Croit-il honorer son caractère en criant avec effronterie qu'il pratique la médecine sans y croire, en se jouant avec impudeur de la confiance des hommes ? Eh non ! le but unique de ce manége est d'attirer leur attention par des opinions singulières, de leur imposer par le mépris même que l'on témoigne pour leur jugement. On veut se mettre au-dessus d'eux en dédaignant ce qu'ils estiment ; on croit se mettre au-dessus de tout, en affectant de dépouiller l'esprit de corps et de secouer l'intérêt personnel.

Mais, le public a pu le voir, plusieurs de ces médecins n'ont été ni les moins avides, ni les moins adroits à profiter de ses caprices ; et quant à ceux dont l'ame n'est pas fermée aux sentimens de morale et d'humanité, n'ont-ils jamais songé que leurs maximes découragent les jeunes médecins, les dégoûtent de leurs devoirs, les disposent presque toujours au charlatanisme le plus systématique, le plus coupable ? Ne sentent-ils pas que leurs plaisanteries attristent et blessent un pauvre malade, dont elles attaquent les espérances les plus chères, et qui ne peut voir sans amertume combien il doit peu compter sur eux et sur l'assistance qu'il s'en promettait ? Au surplus, contre eux l'expérience est debout : elle dévoile leurs misérables jongleries, et proclame hautement l'efficacité et les bienfaits de la médecine.

Une maladie n'est incurable, dit Hippocrate, que parce que nous n'avons pas entre les mains les moyens ou les instrumens nécessaires à sa guérison. Ce vice de la médecine ne lui est point particulier ; il est commun à tous les arts. Quand le médecin ne peut saisir tous les traits de la maladie, quand ceux qui la caractérisent ne lui sont pas suffisamment connus, quand les moyens de guérison sont hors de sa portée, on doit dire que les instrumens de son art lui manquent, mais on ne peut rien conclure de là contre l'existence réelle des principes, et contre l'utilité de l'art lui-même. Quelques doutes isolés peuvent-ils rompre un enchaînement de certitudes ? quelques maladies incurables doivent-elles faire renoncer à traiter celles qui peuvent être guéries ? Un travail infatigable et le temps dévoileront, il faut l'espérer, des vérités que la nature nous cache encore ; ils porteront un jugement définitif sur les points litigieux ; ils nous apprendront peut-être les moyens de suspendre et de changer tous les mouvemens irréguliers de l'économie animale, sans aucune exception. En attendant, jouissons des vérités déjà conquises ; gardons un opiniâtre scepticisme sur tout ce qui n'est pas certain ; efforçons-nous sans relâche de recu-

ler les limites d'un art dont le pouvoir est si précieux à l'humanité, et rejetons loin de nous les théories qui prétendent ranger d'avance tous les faits sous des principes généraux qui ne se rapportent qu'à un petit nombre d'entre eux, bien que les plus absurdes de ces théories se soient appuyées dans l'origine sur des expériences incontestables. Le tort de leurs auteurs a été de donner à ces expériences une signification trop étendue; de faire un système complet de ce qui pouvait à peine fournir quelques vues de détails. La pratique de tous les siècles est au fond la même. Les tableaux de maladies que nous ont laissés les anciens sont encore frappans de vérités: on enseigne dans nos écoles leurs règles de diagnostic et de pronostic; nos indications générales de traitement sont absolument les mêmes que les leurs; nous les traçons d'après les mêmes motifs. Depuis Hippocrate jusqu'à nos jours, il est sûr que tous les bons observateurs ont retrouvé ce qu'il avait vu. Arétée, Alexandre de Tralles, Aëtius, Cœlius-Aurélianus, Celse et Gallien sont encore souvent pour nous des guides sûrs; et les médecins modernes dignes d'être comparés à ces premiers maîtres n'ont obtenu cet honneur, n'ont appris à les surpasser quelquefois, qu'en les imitant presque toujours.

Il est donc faux que la pratique ait changé d'un siècle à l'autre: on peut nier que les vues des bons praticiens diffèrent essentiellement. La grande quantité de points dans lesquels elles se trouvent entièrement conformes, prouve à la fois l'éternelle régularité de la nature et l'inébranlable certitude de l'art.

Les praticiens de tous les temps ont combattu l'état inflammatoire par la saignée et le régime antiphlogistique: ils ont toujours conseillé les vomitifs dans l'état de plénitude de l'estomac, les purgatifs dans celle des intestins; pour la sécheresse, la tension, la raideur, ils ont toujours ordonné les bains tièdes; pour les relâchemens et la faiblesse, les bains froids, les toniques. Ils proposent tous également d'évacuer le superflu, de restituer ce qui manque, d'exciter la nature languissante, de réprimer sa fougue tumultueuse. En un mot, il n'est aucune maladie douée d'un génie constant, que la saine pratique ne traite aujourd'hui par les mêmes remèdes, ou par des remèdes du même genre qu'autrefois; et s'il s'établit quelquefois au lit des malades des contestations aussi scandaleuses que ridicules, elles ont presque toujours pour mobiles l'amour-propre ou de misérables intérêts qui n'égarent le jugement qu'après avoir corrompu la conscience. Mais, hâtons-nous de le reconnaître, les médecins ne sont pas autant de jongleurs avides, se servant de tous les moyens pour faire valoir chacun sa drogue, et déprécier celle qui se débite sur le tréteau voisin. Non, la bonne foi, la candeur, l'amour de la vérité, l'amour du genre humain, au service pénible duquel leur art les dévoue, toutes les affections de l'homme sensible et tous les devoirs de l'homme juste ne sont point étrangers à leur cœur.

Chaque médecin, plein des objets qu'il a vus et vérifiés lui-même, se confiant avec raison dans les remèdes dont il a constaté les bons effets, emploie de préférence ces remèdes, toutes les fois qu'il se trouve des cas semblables. Cette conduite n'est pas seulement très-naturelle, elle est aussi la plus raisonnable et la plus utile. Personne sans doute n'est en droit de penser que le moyen qu'il conseille soit le seul et le meilleur; mais, quand il l'a vu réussir souvent, quand il en connait par sa propre expérience les indications et l'emploi, c'est le meilleur pour lui, c'est quelquefois le seul auquel il puisse s'en rapporter: il s'ensuit nécessairement que chaque médecin peut avoir sa matière médicale relative, basée sur l'observation qui quelquefois, à la vérité, peut être imparfaite ou trompeuse, et qui, dans certains cas, a été également la source de l'erreur et de la vérité; car des opinions entièrement opposées ont eu souvent pour elles le témoignage d'un nombre égal d'observations.

Avant qu'on eût cultivé la physique expérimentale, la médecine et la chirurgie n'étaient presque fondées que sur des faits qu'on avait remarqués dans la pratique; aussi ne pouvait-on s'entendre: les praticiens étaient d'autant plus obstinés dans leurs discussions, qu'ils croyaient que la nature s'expliquait en leur faveur. Les observations ne sont donc pas plus décisives que ces oracles ambigus, ou ces lois équivoques que l'intérêt et le préjugé ont interprétés à leur gré.

Mais si les observations doivent être corrigées par les expériences physiques, ces expériences ont besoin à leur tour du secours des observations. Leur témoignage réciproque et leur accord sont le sceau de la vérité.

Les expériences peuvent nous égarer de même que l'observation; nous pouvons appliquer les conséquences que nous en tirons à des objets qui les démentent; il faut donc ramener les expériences au témoignage de la nature, pour éviter les erreurs qu'elles peuvent occasionner.

Lorsque Harvé eut persuadé aux médecins que la circulation du sang était le principe de la vie, ils passèrent de la crédulité au mépris de toutes les opinions des anciens; on ne voulut plus reconnaître de remèdes appropriés à certaines parties. « Le courant du sang porte » ces remèdes par tout le corps: ils agissent donc également, disait-on, sur toutes les parties. » Mais des observations exactes obligèrent enfin les esprits même les plus obstinés à revenir aux anciennes idées sur les effets de ces remèdes. Les expériences physiques qui nous avaient découvert le cours du sang avaient donc produit des opinions erronées, que l'observation seule pouvait détruire. Ceux qui cherchent la perfection de l'art doivent donc partir de l'observation, et y revenir pour confirmer les conséquences qu'ils tirent des expériences physiques.

Nous trouvons dans le progrès de nos connaissances sur certaines maladies des preuves qui nous montrent l'étendue des travaux que les nouvelles découvertes coûtent à l'esprit. Les coups reçus à la tête ont souvent causé la mort: le premier pas que demandait l'observation d'un tel accident, c'était d'en chercher la cause par l'inspection anatomique. Les ouvertures des cada-

vres ont appris aux médecins que l'épanchement du sang faisait périr le blessé. De cette découverte on a conclu qu'il fallait ouvrir le crâne pour donner issue à l'humeur épanchée; mais d'autres recherches nous ont fait voir que ce n'est pas aux seuls épanchemens que la mort doit être attribuée; on a découvert d'autres causes qui ne sont pas moins funestes, contre lesquelles on ne trouvait aucune ressource dans le trépan.

Telles sont les nouvelles difficultés qui naissent des connaissances à mesure qu'elles se multiplient; la violence du coup et des accidens n'a donc pas été dans tous les cas un signe certain de l'épanchement, ni une indication qui marquât la nécessité du trépan; il a fallu, dans la multiplicité embarrassante des accidens, chercher des signes moins équivoques : or, ce n'est qu'en rassemblant et en comparant toutes les observations et les expériences, qu'on a appliqué des indications plus précises et plus certaines.

Sans l'étude journalière des découvertes qui naissent tous les jours des travaux des maîtres de l'art, le praticien le plus consommé ignore, dans l'espace de quinze années, des vérités qui seront familières à des novices : les travaux des autres sont donc une source de travaux pour lui; et sans une nouvelle étude, son savoir même serait flétri par son ignorance.

Tels étaient des praticiens célèbres, contemporains d'Harvé. Contens des connaissances qu'ils avaient puisées dans les écrits de leurs prédécesseurs, ils fermèrent les yeux à la lumière que leur présentait ce grand homme; ils parcoururent une longue carrière dans l'exercice de leur art, sans connaître la circulation du sang, qui dévoile tant d'erreurs dans les livres des anciens, et tant de faux pas dans leur marche.

Il est donc positif que les lumières qui éclairent l'art de guérir ne sont que les fruits d'une infinité d'observations de pratique, d'expériences physiques et de tentatives qui suggèrent ces expériences. L'exercice de l'art et la manière dont se forme l'expérience qui en est la base nous prouvent l'impuissance des efforts que peut faire l'esprit d'un praticien livré à lui seul, assez présomptueux et assez confiant dans sa pratique et ses observations pour soumettre tous ses malades à son système, ou pour les livrer tous à l'influence de sa *drogue panacée*. S'ils sont rares, il existe cependant encore des praticiens dédaigneux qui se font gloire de vieillir dans leurs erreurs, et qui appellent observation une routine qu'ils colportent et propagent, depuis nombre d'années, dans leurs courses continuelles, qui sont devenues leurs seuls travaux. Le progrès n'est plus pour eux qu'une chimère et les livres et journaux qui se succèdent et se multiplient dans l'intérêt commun, et qui sont la preuve de la marche de la science, ne sont à leurs yeux qu'un objet mercantile de pure spéculation, bon tout au plus pour amuser des novices qui attendent la clientelle.

RENAUD FILS,
D.-M. à Loches (Indre-et-Loire).

De l'action thérapeutique du polygala, et de son emploi en pratique.

Le polygala ne figure pas au nombre de ces remèdes dont l'usage se confond avec les premiers temps de la médecine. Depuis bientôt une centaine d'années, qu'on l'a adopté parmi les médicamens énergiques, ce remède a déjà subi la fortune de la plupart des choses utiles. On s'imagina, dans les premiers temps, qu'il n'y avait pas une seule maladie à laquelle il ne put convenir : dès lors on l'employa indistinctement dans presque toutes avec des résultats souvent fâcheux, ce qui l'a fait tomber dans un discrédit complet : tandis que cette substance médicinale possède en réalité une vertu curative puissante, à condition toutefois de n'y recourir que dans des circonstances particulières relatives à la nature et aux périodes des maladies, ainsi qu'aux doses et aux modes de préparation et d'administration de cet agent.

Le polygala, muni d'un principe âcre que des recherches récentes font classer parmi les acides, est doué d'une propriété stimulante qui se révèle au goût et par ses effets plus éloignés. La première impression affecte la muqueuse de la bouche à laquelle elle communique une surexcitation souvent appréciable dont une excrétion plus abondante de salive est le premier produit. Arrivé dans l'estomac, la muqueuse délicate de cet organe en est émue à la manière de la muqueuse buccale, c'est-à-dire qu'elle est irritée par la présence du polygala, et qu'elle témoigne de cette stimulation par un phénomène analogue ou par la surexcrétion du mucus stercoral. On a même remarqué, après des essais avec cette substance à doses assez grandes, une rougeur de ce viscère, rougeur qui se transmettait quelquefois jusqu'au duodénum et même au jéjunum. Un troisième effet de l'ingestion de cette matière, c'est d'augmenter la sécrétion des urines : ce qui s'accorde encore avec l'idée d'une impression d'irritation, en sorte qu'il reste bien prouvé que le polygala jouit d'une action stimulante, et sa stimulation agit spécialement sur le système des muqueuses. Si la dose du polygala ou de son acide est introduite en quantité trop considérable, ce médicament peut opérer exactement à la manière des poisons irritans : il produit la mort au milieu de vomissemens et de contractions tétaniques, et cela quelques heures après son ingestion.

En outre, il paraît qu'il délayerait ou rendrait plus liquide le produit de l'excrétion des membranes muqueuses; qu'il en faciliterait la résorption, tant par cette action résolutive qu'en augmentant la sécrétion des reins. Enfin, ce concours d'actions, d'après le même système d'expérimentation, affecte une tendance manifeste vers la muqueuse des organes respiratoires, tels que la trachée-artère, les bronches et les poumons. Cette tendance spéciale a surtout frappé les médecins praticiens, puisque c'est principalement à titre d'expectorant qu'il a été reçu dans la matière médicale; mais on conçoit que cette sorte d'expectorant ne possède pas dans tous les cas le privilége de remplir le but pour lequel

on l'emploie. Ce sont ces circonstances qu'il convient de fixer par une soigneuse analyse, avant d'arrêter les doses et les procédés d'administration de ce médicament.

Il existe une multitude de maladies qui requièrent l'usage des expectorans. Quand la trachée ou les bronches sont obstruées par une masse de concrétions presque polypiformes, qui empêchent l'air de parvenir jusqu'aux poumons, ou bien lorsqu'une masse de fluide séreux ou muqueux engoue mécaniquement les surfaces sur lesquelles l'air vital se met en contact avec le sang; dans tous les cas enfin où faute par l'air de communiquer avec les derniers rameaux de l'artère bronchique, de quel intérêt n'est-il pas d'avoir sous la main un remède énergique qui incise, comme parlaient les anciens, ces masses épaisses de matières étrangères; qui les atténue, les divise, facilite leur résorption, les réduise à un état tel que le jeu de la fonction respiratoire suffise à leur expulsion? C'est ce genre de service que rendent les expectorans; mais on doit voir, par le simple exposé des circonstances qui les réclament, que l'intervention du polygala ne remplit pas toujours cet objet. Admettons pour le moment qu'on le fasse prendre au milieu du tumulte des symptômes fébriles de la première période d'une diphthérite ou d'une pneumonie, lorsque tous les phénomènes déposent de l'activité exubérante du système circulatoire, et de la présence d'un point d'irritation fixé sur la muqueuse trachéale ou pulmonaire, qui ne voit que la stimulation dont le polygala recèle le principe tourne au profit de la phlogose de l'organe respiratoire, et qu'en accroissant outre mesure cette dernière il empire la cause de la maladie, au lieu d'aider à sa résolution. Le polygala n'aurait pas plus de succès s'il était employé au moment où les poumons et les bronches sont exposés à une constriction spasmodique violente, comme on l'observe, par exemple, au début d'une attaque d'asthme, dans la coqueluche, ou à l'apogée d'une angine de poitrine. Ici le polygala nuirait par les mêmes raisons qui le rendent si utile dans d'autres cas.

Supposons au contraire que le spasme de ces organes se résolve, ou que la phlogose dont ils sont pris vienne à décliner, c'est l'instant où cette substance exerce avec les plus grands avantages ses propriétés expectorantes. La stimulation qu'elle procure ne peut plus rien sur une irritation pathologique qui a cessé d'exister; tandis qu'elle soutient le ton des parties malades, et les provoque à se débarrasser, par la route la plus courte, de l'excrétion morbide qui résidait dans leur tissu. Après les explications précédentes, on doit faire attention à deux choses avant de se décider à employer le polygala : 1° à la nature de la maladie, 2° à la période de son cours. L'affection est-elle inflammatoire? Tant qu'il y aura dans la poitrine une douleur aiguë; tant que la face sera rouge, la peau sèche et brûlante, la soif intense, la circulation précipitée, repoussez le polygala comme vous repoussez les stimulans et les toniques : les seuls expectorans à permettre ce, sont les émolliens et les antiplogistiques. C'est avec raison que nous ne comprenons pas la difficulté de la respiration parmi les signes d'une contre-indication du polygala. La gêne respiratoire provient de deux sources bien différentes : souvent elle tient à l'activité de la phlogose, et alors la plupart des signes précédens accompagnent la gêne respiratoire; mais elle naît aussi souvent des seuls obstacles, quelle que soit leur nature, qui s'opposent au facile accès de l'air dans les poumons. C'est ainsi qu'au déclin de toutes les maladies pectorales, même des plus aiguës, alors qu'il n'y a plus lieu aux antiphlogistiques, et particulièrement aux approches d'une expectoration critique parfaite, la poitrine se montre très-embarrassée, sans qu'il y ait à redouter, comme on pourrait l'appréhender d'après ce symptôme unique, que l'affection pulmonaire menace de rétrograder. La même observation s'adresse aux signes déduits des bruits entendus dans la cavité pectorale : à l'instant où l'affection pulmonaire tend à se résoudre, on perçoit toutes sortes de râles qu'on avait cessé de remarquer. Ces râles ne prouvent autre chose que le travail de la matière de l'engorgement des vésicules pulmonaires, dans l'imminence d'une expectoration critique.

On doit écarter également le polygala lorsque la pâleur de la face, la contraction convulsive du thorax et du diaphragme, la petitesse du pouls, l'agitation générale, signalent une attaque d'asthme : ici les vrais expectorans sont fournis par la classe des antispasmodiques et des révulsifs énergiques. Le spasme de l'organe pulmonaire ne peut céder par l'application des excitans. Travaillez d'abord à rompre l'état convulsif qui retient dans l'immobilité les vésicules de ce viscère : il ne sera temps de recourir au polygala qu'après que cette contraction vicieuse sera dissipée. L'emploi du polygala n'est indiqué qu'à la fin de toutes ces maladies pour lesquelles on le recommande. Il est encore indiqué lorsque ces maladies de poitrine, quoique à leur apogée, dépendent d'une autre cause qu'une inflammation franche. Pour exemple de cette espèce de maladies, on peut citer la pneumonie de l'enfance, celle de sujets délicats et cacochymes, les catarrhes et les pneumonies des vieillards. C'est une erreur fort préjudiciable de s'imaginer que les affections de poitrine qui attaquent les sujets de ces trois classes offrent la même nature que les mêmes affections qui attaquent des sujets jeunes, forts et vigoureux Il est vrai que dans les uns comme dans les autres, la plupart des symptômes sont les mêmes, c'est-à-dire qu'ils ont tous la respiration plus ou moins gênée, une fièvre plus ou moins vive, des bruits pectoraux communs. Il y a pourtant, même dans les symptômes, des différences essentielles qui font déjà supposer que quoiqu'on désigne ces maladies par des dénominations pareilles, elles n'ont pas exactement la même nature. Les différences suggèrent dans les sujets faibles ou très-jeunes le besoin de mettre promptement de côté la méthode débilitante, pour la remplacer par un degré de stimulation modérée. Le polygala conviendra donc davantage dans les mêmes maladies sur ces sortes de malades que sur ceux dont la constitution se prête mieux à l'inflammation. Indépendamment des dispositions relatives à l'âge, au tempérament et aux habitudes, il

règne quelquefois des affections de poitrine incompatibles avec l'usage trop répété des sangsues. Ces affections, que Sydenham, Hoxam et Stol ont mentionnées, ont été nommées fausses pneumonies, pour indiquer qu'on ne doit pas les considérer comme des inflammations pures, ni les traiter d'après les mêmes lois. Dans cette espèce dont les pneumonies des vieillards et des enfans donnent une bonne idée, le polygala, à la suite d'une ou deux saignées, arrive fort à propos pour désemplir la cavité pectorale des sucs muqueux ou séreux dont elle est surchargée. Il s'associe très-bien alors avec les évacuans gastriques que Sydenham recommande avec tant d'instance, et avec les épispastiques ou les irritans cutanés. Tel est l'usage qu'il faut faire du polygala à titre d'expectorant. On l'a employé, nous ne l'ignorons pas, pour d'autres indications pathologiques, notamment contre l'ophthalmie, et comme diurétique; mais nous savons aussi que son action dans ces circonstances est très-faible, et qu'il est aisé de lui substituer des agens plus directs. A quelque maladie qu'on l'adresse, il ne faut pas perdre de vue qu'il est doué d'une vertu stimulante, et qu'il doit être banni partout où il y a un éréthisme quelconque, inflammatoire, nerveux ou autre à apaiser. L'instant favorable, c'est lorsque cet éréthisme cesse, et à plus forte raison lorsqu'il n'a jamais existé. Ces principes généraux, quand il agit dans les affections des organes thoraciques, règlent aussi son emploi.

Le polygala a été pris jusqu'ici en quantité trop considérable; il n'a pas été non plus convenablement administré. On le conseille ordinairement en décoction à la dose d'une once et demie, de deux à trois onces dans deux pintes d'eau, jusqu'à réduction d'une pinte. Cette proportion est trop élevée: il ne faut pas oublier que cette substance peut occasionner des accidens d'empoisonnement, si l'on dépasse une certaine quantité. La dose légitime est de demi-once à une once en infusion froide dans une pinte d'eau, ou mieux encore dans une infusion d'eau tiède. Le procédé de faire bouillir le polygala est défectueux; sa partie active ne se montre jamais mieux que par infusion à une chaleur peu élevée. L'alcool bouillant dissolvant aussi le principe essentiel de cette substance, on peut ordonner le polygala sous forme d'extrait alcoolique. On peut aussi employer la racine de polygala en poudre, d'après la formule suivante: *polygala en poudre, un gros; eau pure, quatre onces.* On pourrait remplacer le véhicule de cette poudre par un looch ou un julep, avec ou sans addition de tout autre médicament. L'acide polygalique nouvellement extrait du polygala par M. Quevenne réunit toutes les popriétés du polygala, et peut le remplacer. Il paraît, d'après les expériences de ce pharmacien, qu'un grain de cet acide représente un gros de polygala: un à deux grains d'acide polygalique serait donc la dose médicinale de cette substance. On pourrait graduellement l'augmenter jusqu'à quatre, huit grains ou davantage, pourvu que ce soit par degrés: car il n'a fallu que huit grains de cet acide pour produire la mort sur les animaux.

Du traitement employé à la Pitié, par M. Lisfranc, dans l'esthiomène ou dartre rongeante.

Tout le monde sait combien les dartres rongeantes sont rebelles; nous avons déjà eu l'occasion de signaler plusieurs fois les tentatives diverses des praticiens pour arriver à une méthode curative plus certaine et plus prompte. La cautérisation, moyen puissant et le plus généralement mis en usage dans cette maladie, est loin d'obtenir les résultats qu'on peut en attendre, et cela, nous devons le dire, faute quelquefois d'être employée avec discernement et dans les conditions qui peuvent lui donner toute sa valeur. Cette question ayant été traitée par M. Lisfranc dans l'une de ses dernières leçons de clinique à la Pitié, nous allons exposer les idées de cet habile chirurgien. Nous le laissons parler lui-même.

Au n° 6 de la salle des femmes se trouve une jeune fille âgée de 17 ans, entrée à l'hôpital avec une dartre rongeante siégeant sur le nez et existant depuis deux ans environ; cette malade avait été adressée par une grande dame de Paris, qui, après avoir pris l'avis de plusieurs chirurgiens distingués, était persuadée qu'il n'y avait d'autre ressource que l'ablation du nez, pour recourir ensuite à la rhinoplastie. Le nez, en effet, était alors extrêmement volumineux, présentait des végétations considérables et des ulcérations très-profondes.

Au n° 16 de la même salle est également couchée une jeune femme de 23 ans, présentant la même affection, avec cette différence que chez elle il ne s'était point développé de végétations; l'ulcération était sèche, mais n'en était pas moins meurtrière; elle avait détruit la moitié des cartilages du nez, de bas en haut, en même temps que la cloison et la sous-cloison de cet organe.

Ces deux malades avaient été soumises à un grand nombre de traitemens. On avait eu recours à la cautérisation; mais elle avait été employée d'une manière peu rationnelle, et la maladie s'était aggravée.

On avait beaucoup préconisé dans ces cas les cautérisations avec le protonitrate acide de mercure; on apportait des observations de succès, c'était pour nous un motif puissant d'employer ce moyen; mais bientôt nous nous aperçumes que s'il était des cas où ces cautérisations étaient utiles, il en était d'autres où elles étaient peu avantageuses, et même où elles étaient très-nuisibles. Il nous appartenait de rechercher et de distinguer les cas où cette médication réussissait et ceux où elle était funeste: c'est ce que nous avons fait.

Toutes les fois que la dartre était accompagnée d'une douleur très-vive, que la malade en souffrait plus ou moins constamment, si on pratiquait une cautérisation, toujours ou presque toujours cette cautérisation agissait au bénéfice de la maladie, qui s'aggravait par l'augmentation de l'inflammation. Or, nous pensâmes qu'avant de faire la cautérisation dans les circonstances que nous venons d'indiquer, il fallait recourir à des évacuations sanguines; non pas destinées à guérir, comme certaines personnes l'ont prétendu, mais pour diminuer l'inflammation et favoriser par conséquent l'action de

la cautérisation. En agissant d'après les principes que nous venons d'établir, nous ne tardâmes pas à nous assurer que dans la plupart des cas la cautérisation, loin d'être nuisible, produit au contraire des effets très-avantageux. Les surfaces changent d'aspect, et la cicatrisation commence alors aussi à marcher de la circonférence au centre; mais il y a quelquefois des points d'arrêt dans l'action de ce traitement; et, quoique la cautérisation fût pratiquée suivant l'indication que je viens de poser, celle-ci cependant n'était point utile, parce qu'elle dépassait le degré d'action nécessaire, qu'elle était trop active. Alors que fallait-il faire? s'attacher de nouveau à diminuer l'irritation trop forte que nous avions déterminée : c'est aussi ce que nous avons fait, et ainsi l'inflammation a été diminuée, flétrie, c'est le mot. La cautérisation a ensuite admirablement réussi, c'est-à-dire que la plaie s'est détergée, et que la cicatrice a commencé à marcher.

Ainsi, dans le traitement des dartres rongeantes par la cautérisation avec le protonitrate acide de mercure, voici les indications que nous suivons.

Avant de cautériser, il faut qu'il n'y ait pas trop d'irritation.

Quand il y a une douleur un peu prononcée, que la rougeur est vive, qu'il existe une caloricité trop élevée, il faut saigner pour diminuer l'éréthisme.

Beaucoup de personnes, parce que la mode s'étend à tout, veulent appliquer des sangsues dans ces cas. Il faut se bien garder d'employer cette méthode; car, quand même elles seraient posées à deux ou trois pouces du point malade, elles pourraient déterminer par leurs morsures de petites plaies qui se convertissent en véritables dartres rongeantes.

Je donne donc, pour cette raison, la préférence à la saignée; et, comme on peut être obligé de les réitérer souvent, je les fais petites et dans un point éloigné du lieu malade, pour les rendre dérivatives. On a nié, en France, les effets de la saignée dérivative, et on a eu le plus grand tort : dans la maladie présente, ce n'est pas contre la fièvre que nous saignons, c'est pour dériver le sang. J'ai souvent pratiqué des saignées dérivatives d'une palette sur vingt ou vingt-cinq femmes, placées dans mes salles pour des affections de l'utérus, et, dix-neuf fois sur vingt, les douleurs utérines ont été enlevées en deux ou trois jours ; et, chose digne de remarque, lorsque ces saignées ont dû être répétées plusieurs fois dans l'intervalle de quinze ou vingt jours, les malades avaient ensuite des maux de tête, des vertiges et des signes de congestions sanguines vers cet organe ou vers la poitrine. C'est donc une idée médicale importante à émettre, que celle de proscrire ces sortes de saignées quand les sujets sont disposés à l'apoplexie ou aux maladies du cœur.

A quelle époque faut-il renouveler les cautérisations, quand d'ailleurs il n'y a pas cette irritation et cette inflammation qui exige les saignées et oblige à attendre? Il y a des gens qui disent tous les huit jours, et moi je dis tous les huit jours *environ*, car le chirurgien ne peut ainsi fixer sa marche par étapes. Quand après la cautérisation votre plaie se déterge bien, ou qu'elle est détergée, que les bourgeons charnus sont de bonne nature et que la cicatrice marche, à quoi bon faire de nouvelles cautérisations? laissez faire, une seule cautérisation ou bien deux peuvent vous suffire.

Mais, quand la cicatrisation ne marche pas, qu'elle est stationnaire ou que la plaie a de la tendance à reprendre un mauvais aspect, cautérisez sur-le-champ, à moins qu'il n'y ait par trop d'inflammation : il faut que vous soyez toujours dirigé par l'observation.

Écoutez bien! il arrive une époque à laquelle vous n'avez plus affaire à un ulcère rongeur : votre ulcère est devenu ulcère atonique; il en présente tous les caractères; et je parle de l'ulcère atonique ordinaire et non de celui qui est compliqué; votre médication a changé complétement les phénomènes de la maladie. Savez-vous alors ce qui arriverait si l'on continuait à être dirigé par l'idée qu'on a toujours à traiter un ulcère rongeant, et qu'on employât encore la cautérisation? On serait extrêmement nuisible au malade, on surexciterait le mal et l'on ferait renaître l'ulcération rongeante. Dans ces cas d'ulcères atoniques, il faut panser avec le vin aromatique et les autres moyens usités en pareille circonstance et tâter l'organisme; car tous les moyens ne réussissent pas également bien, suivant les idiosyncrasies.

Ce n'est pas tout, quand vous cautérisez, dans quelle intention devez-vous le faire? Est-ce pour désorganiser les tissus, est-ce pour changer leur mode de vitalité? Il n'y a pas le moindre doute que vous agissez dans cette dernière intention. Et à cet égard nous croyons qu'on a peut-être tort de se servir du mot *cautérisation*, parce que les mots représentent les pensées, et que celui-ci veut dire détruire, brûler, désorganiser, au lieu qu'il s'agit ici plutôt de modifier les propriétés vitales du tissu que de le détruire; on devrait donc dire *toucher les ulcérations avec le caustique* et non *cautériser*.

On essuie le point sur lequel la cautérisation doit être pratiquée, parce que le protonitrate acide de mercure se combine avec les liquides qui baignent la plaie, et n'agit pas suffisamment; une couenne blanche se forme, c'est de l'albumine, et au-dessous d'elle les tissus sont intacts; on n'a rien fait du tout.

Pour cautériser, je plonge un très-petite pinceau à miniature dans le protonitrate acide de mercure, et je touche légèrement la surface deux fois avec la rapidité avec laquelle s'écoule une seconde.

Dans quelle étendue faut-il cautériser? Quand la plaie est large, il faut bien se garder d'agir sur toute sa surface, vous pourriez déterminer les accidens les plus graves et même l'empoisonnement. Dans ces cas, je me contente de cautériser les deux points les plus éloignés possibles l'un de l'autre, légèrement et dans l'étendue, sur chacun de ces points, d'une pièce de trentre sous ou de trois francs. Ce qu'il y a de remarquable et ce que l'expérience a fait constater, c'est que les points de l'ulcération qui n'ont pas été cautérisés en éprouvent l'influence, et qu'ils sont modifiés tout comme les points où la cautérisation a eu lieu : il y a même plus, c'est

qu'il nous est arrivé de cautériser chez un malade un ulcère à la cuisse, et qu'un ulcère sur le ventre, qui n'avait pas été touché, a été puissamment modifié. Voilà des faits très-remarquables, des faits extrêmement pratiques et qui nous font répéter : Honneur soit rendu au chirurgien éclectique! Tant pis pour ceux qui veulent des systèmes en médecine, pour nous, nous les avons en horreur !

Ordinairement les dartres rongeantes sont produites par un vice herpétique et presque toujours, quand on a guéri cette affection on a affaire à un *méliceris*, ou à une dartre furfuracée, ou à une petite dartre pustuleuse; ce qui revient à cette grande idée que les dartres peuvent passer par tous les intermédiaires pour arriver au degré le plus élevé, et qu'elles peuvent finir comme elles ont commencé.

Je n'ai pas besoin de dire que ces dartres légères, comparativement à la dartre rongeante, doivent être combattues d'après les principes admis partout, et que, si elles sont négligées, elles peuvent reprendre le caractère rongeant; ni enfin que, dans beaucoup de circonstances, quelques précautions qu'on prenne, les dartres rongeantes ont une tendance à récidiver; qu'elles le font quelquefois, mais pas toujours.

Et considérant que quelquefois le vice herpétique est inhérent à la constitution, un exutoire est nécessaire pour empêcher le principe morbifique de se porter sur quelque viscère et compromettre la vie.

La malade du n° 16 était presque guérie, lorsqu'elle a été prise d'une variole confluente, dont elle a été traitée dans les salles de M. Serres. Elle nous est revenue avec un *méliceris;* elle présentait des croûtes jaunes ressemblant à du miel. Nous avons fait tomber les croûtes avec de l'huile; il y avait de la rougeur sous elles; nous aurons peut-être encore besoin de la cautériser une fois.

La malade du n° 6 est guérie, à l'exception qu'elle présente une dartre furfuracée; nous ferons tomber ces croûtes légères; nous recourrons encore au même moyen, et c'est alors que nous emploierons chez elle les purgatifs et les amers à l'intérieur. A.

N° 18. — 30 Sept.

Études et recherches thérapeutiques sur la goutte.

TROISIÈME ARTICLE.

La cure *radicale* de la goutte, ainsi que je l'ai dit, est un ploblème dont la solution a occupé de tout temps les médecins et ceux qui usurpent leurs nobles fonctions. Cette thérapeutique peut même être considérée comme une sorte de pierre philosophale qu'on se propose toujours de trouver, même à notre époque de doute, d'incertitnde ou de quiétisme scientifique sur ce point de pathologie. Quant à moi, loin de blâmer de pareilles recherches, je pense qu'il faut les encourager, surtout quand elles sont faites avec soin et méthode, avec science et conscience. Il arrive ici ce qu'on a vu dans l'alchimie : tout en poursuivant un but chimérique, on trouve çà et là de bonnes vérités dont l'art fait son profit. Il faut le dire, un obstacle invincible, insurmontable jusqu'à présent, s'oppose à la solution complète du problème, c'est que la nature même de la goutte, le το θεῖον de cette maladie, est pour nous entièrement ignoré. A qui donc alors vous adresserez-vous dans cette circonstance? Irez-vous, les yeux bandés, attaquer un fantôme qui fuit sans cesse et que vous ne pourrez jamais saisir? Je sais très-bien qu'on répond à cela que tous les jours on guérit radicalement des maladies dont la spécialité causale nous est également inconnue. Il est vrai, le hasard, une expérience longuement soutenue, nous ont quelquefois mis sur la voie de guérison complète pour certaines affections; mais jusqu'à présent, quant à la goutte, le hasard nous a refusé son secours, et l'expérience a constamment prouvé l'inutilité et même le danger d'une foule de remèdes prônés par l'ignorance et la cupidité, accueillis par la crédulité; or si l'axiome *naturam morborum ostendit curatio* est fondé, avouons que cette nature nous est tout à fait inconnue. Et puis comment espérer de guérir radicalement une maladie qui, dans beaucoup de cas, ayant duré de longues années, est devenue constitutionnelle, coexistente avec la vie, pour ainsi dire; qui a saisi toute l'économie, envahi successivement tous les tissus, altéré une foule d'organes, gêné plusieurs fonctions; qui, enfin, paraît tellement inhérente à l'organisme, qu'elle se transmet par le sperme à la génération suivante? Aussi le remède universel de la goutte, ce *panpharmacon*, toujours promis, toujours *annoncé*, ne se réalise-t-il jamais. Cependant il ne faut rien exagérer; de ce qu'on ne guérit pas toujours et radicalement de vieilles gouttes, il ne faut pas croire que la médecine reste impuissante contre cette maladie, ce serait un autre excès. Non-seulement il y a des médicamens et surtout des méthodes de traitement efficaces contre l'affection morbide dont il s'agit; mais à l'aide de moyens hygiéniques bien combinés, et employés avec persévérance, on peut, avec une espèce de *certitude*, oui, de certitude, la détruire, ou du moins la réduire à son mininum d'action. A la vérité, on n'attaque directement que les causes secondaires; mais ces causes sont assez puissantes pour donner au principe arthritique sa virulence et son activité. L'essentiel sur ce point est d'être secondé par les malades eux-mêmes, ce qui n'arrive pas toujours : il y a même une remarque importante à faire à cet égard.

Il est des goutteux qui veulent guérir à tout prix et par toutes voies, quel que soit le degré de leur maladie : ceux-là sont toujours prêts à consulter, non-seulement leur médecin, mais malheureusement aussi à tomber dans le servile engouement des drogueurs empiriques. Trop souvent ils accordent la plus intrépide confiance à quiconque prétend avoir d'infaillibles moyens pour guérir cette maladie, sauf ensuite à apprendre à leurs dépens ce que vaut une pareille assertion. On trouve au contraire des martyrs de la goutte qui, bien persuadés que cette maladie est un crise salutaire, un travail épuratoire, et par conséquent un brevet de santé, comme ils disent, ne font rien ou presque rien pour la combattre. Ils imiteraient volontiers cet auteur qui a écrit

la dissertation intitulée *De deâ prodagrâ* (Feltman, Brême, 1693); satisfaits de leur état et de leurs souffrances articulaires, ils les regardent comme un exutoire spontané, un bienfait de la nature. Varron comptait, dit-on, trois cents espèces de bonheur, mais je ne pense pas qu'il ait jamais rangé parmi ces espèces la béatitude goutteuse. L'erreur vient de ce que les goutteux ont rarement d'autres maladies que la leur, ce qui lui fit donner jadis le nom de *dominus morborum*. Mais outre que le contraire est souvent démontré, on doit savoir que la goutte ne préserve d'autres maladies que par la sobriété et le régime auxquels elle contraint. Quoi qu'il en soit, le plus grand nombre de ces malades, regardant la goutte comme une affection grave de sa nature, intolérable dans ses effets, ses récidives, sa persistance, dangereuse dans ses résultats, consent à suivre un traitement et un régime rationnels, quand ce ne serait que pour maintenir la maladie dans un cercle le plus limité possible. C'est pour cette classe de malades que les vrais médecins ont fait tant de recherches sur cette maladie et proposé tant de remèdes. Je me garderai bien d'exposer un pareil *farrago* médicamenteux, mon intention n'étant que d'indiquer ceux dont une expérience positive a démontré l'efficacité. Pour les bien connaître, quoique rapidement, il est indispensable d'établir l'ordre suivant : les sudorifiques, les narcotiques, les purgatifs, les diurétiques, les anti-périodiques, les remèdes empiriques, les applications externes, les moyens hygiéniques.

1° Dès la plus haute antiquité, on a essayé les *sudorifiques* contre la goutte, mais avec des résultats très-variables. A bien comparer ces résultats, les bains de vapeur plus ou moins actifs, plus ou moins répétés, sont ceux qui paraissent avoir une efficacité incontestable. Je les avais recommandés à un vieux général, ayant la diathèse goutteuse la plus prononcée; il fut trois ans sans ressentir aucune attaque sérieuse de sa maladie. Le seul inconvénient de ces bains est de rendre la peau extrêmement impressionnable aux intempéries atmosphériques : il faut donc, pendant leur emploi, se préserver avec un soin tout particulier du froid, de l'humidité et du brouillard. Il est encore deux autres précautions qu'il ne faut pas négliger pendant l'administration de ces bains : la première, de s'en abstenir tout à fait pendant un état de température extrême, froide ou chaude, et on en sent la raison; la seconde, de veiller à ce qu'il n'y ait point imminence de congestion sanguine cérébrale ou pectorale, surtout quand le malade est pléthorique, ce qui est le plus ordinaire. Quelques sangsues préalablement appliquées à l'anus pourront produire de bons effets. Quelquefois aussi on se fait suer en se mettant nu dans un baignoire recouverte d'une forte couverture de laine. Une lampe à esprit de vin placée dans cette baignoire détermine bientôt une forte transpiration : c'est ce qu'on nomme un *bain de calorique*.

Quelques personnes préconisent maintenant les *bains russes* contre les affections goutteuses et rhumatismales. Quant à moi, je crains que la mode ne fasse sentir ici sa toute puissante influence. Je ne sais si dans nos climats incertains, si avec nos tempéramens usés, fatigués par les labeurs énervans de la civilisation, on peut s'exposer au contraste subit de deux températures extrêmes : il s'en faut que jusqu'à présent les résultats aient répondu aux espérances.

Je place aussi parmi les sudorifiques anti-goutteux sur lesquels on peut compter, quand la goutte ne présente pas un caractère d'acuité trop prononcé, la solution de résine de gaïac par l'alcool, donnée à des doses variées dans une décoction de chiendent légèrement nitrée et édulcorée. J'ai vu amender la goutte au moyen de la formule suivante anciennement connue.

Pr.	Résine de gaïac.	℈ j.
	Sel volatil de corne de cerf.	gr. xiij.

Dissolvez dans un jaune d'œuf et ajoutez :

Eau commune.	℥ iij.
Sirop de guimauve.	℥ i.

Faites selon l'art. A prendre en deux ou trois doses, le soir avant de se coucher. Potion qu'on réitère plusieurs jours de suite, à moins de contre-indication.

2° On a toujours beaucoup vanté ou blâmé les *narcotiques* pour la guérison radicale de la goutte. Ce que j'en ai dit précédemment est la preuve qu'on n'est nullement d'accord sur ce point. Toutefois, quand le sujet est très-irritable, qu'il y a dans son économie tolérance pour ce médicament, on en obtient des effets qui sont toujours salutaires. Il ne faut pas même craindre, dans certaines circonstances, d'en élever assez haut les doses, quoique toujours graduellement. Le point essentiel est de veiller à ce qu'il n'y ait pas de narcotisme, et que la constipation ne soit pas trop opiniâtre.

De l'aveu d'un grand nombre de médecins, l'extrait de ciguë n'a pas eu beaucoup de succès, au moins en France. Il en est de même de l'extrait d'aconit napel, vanté par d'autres. Voici pourtant ce que dit Barthez : « Un long usage de pilules de ciguë et d'aconit a guéri parfaitement M. l'abbé Manu d'une goutte invétérée et cruelle. » (*Traité des maladies goutteuses*, I, 151.) Je pense que ces différences tiennent aux modes divers de préparation de ces médicamens, préparations faites avec plus ou moins de soin, mais toujours fort importantes pour les résultats.

3° Les *purgatifs* ont été employés contre la goutte à toutes les époques, mais surtout en Angleterre. Qui est-ce qui n'a pas entendu parler de l'eau médicinale d'Husson et de ses miraculeux effets? Le jalap, la gomme gutte, l'extrait délaterum, l'aloës, le calomel, ont aussi été donnés à des doses et sous les formes très-variées. Mais ici se présente une question fort importante: parmi les substances purgatives, en existe-t-il qui aient de véritables propriétés spéciales anti-goutteuses? ou bien toutes n'agissent-elles que comme de simples révulsifs? Question fort importante et qui n'est nullement résolue. Toujours est-il que l'expérience a prononcé ; les purgatifs ont une action plus ou moins directe sur le

principe arthritique. Ceux qui sont très-actifs, employés de préférence dans le nord, ont eu des succès incontestables ; mais souvent aussi leur emploi répété peut amener de graves accidens. J'ai vu le médicament de Leroi, cette panacée universelle pour quelques personnes, il y a peu d'années, produire d'étonnantes améliorations, et, dans d'autres cas, déterminer de funestes résultats. Le purgatif le plus employé maintenant est sans contredit le colchique. Il est certain que, dans beaucoup de cas, ce médicament a produit un soulagement marqué, quelquefois assez prompt et qui s'est soutenu plus ou moins longtemps. C'est au malade à savoir si son estomac peut en supporter l'action, car ce remède occasionne parfois de vives coliques et un incroyable malaise. La superpurgation doit être évitée, mais il faut que l'effet purgatif ait lieu, sans quoi il n'y a pas d'action sur la goutte. De toutes les préparations de colchique, celle qui m'a paru la plus efficace est la suivante :

Faites macérer pendant quatre jours *une partie* de graines choisies de colchique dans *dix parties* de vin de Malaga. On filtre ensuite la liqueur. Ce médicament ainsi préparé est administré à la dose d'une once, trois fois par jour.

Malgré les bons effets du colchique, on serait dans l'erreur, si l'on croyait à l'infaillibilité de son action contre la goutte, et surtout à ce qu'il détruit complétement le principe de cette affection. J'ai vu beaucoup de goutteux soulagés par l'emploi méthodique de ce médicament je n'en ai jamais vu *un seul* radicalement guéri.

4° Parmi les *diurétiques* anti-goutteux, on pourrait aussi compter le colchique, car il agit souvent d'une manière active sur les voies urinaires, particulièrement l'*oximel colchique*. Les autres diurétiques vantés contre l'arthrite goutteuse sont à peu près nuls. J'en excepte le petit lait coupé avec le vin de Champagne, dont j'ai parlé à l'occasion du paroxisme aigu de cette maladie. Il en est encore un autre bien simple, de plus facile à préparer et nullement dispendieux : le croirait-on ? c'est la décoction peu chargée de graine de lin, édulcorée et légèrement nitrée, prise à jeun le matin, à la dose de deux ou trois tasses. On pourra sourire du remède, qui en effet tient une place bien modeste dans la pharmacopée anti-goutteuse ; mais j'affirme en avoir vu de bons et constans effets. Il est évident que ce moyen n'agit que comme délayant, comme facilitant le cours des urines, éliminant sans doute par là certains principes producteurs de la goutte.

5° Les *anti-périodiques* devaient avoir, et ont en effet, une action positive sur la goutte. Le physiologisme, qui a tant retardé les progrès de la thérapeutique, avait adopté la bizarre idée que la goutte n'était qu'une gastrite chronique, tandis que rien n'est plus démontré que la puissance de faculté digestive des goutteux en général. Qu'est-il arrivé ? C'est qu'on a complétement négligé de s'assurer si le quinquina guérissait la goutte, comme l'ont prétendu Held, Haygarth, Small, et surtout Tavarès, médecin portugais. On sait que ce dernier ayant un goutteux à traiter, celui-ci consulta en secret une espèce de chirurgicastre qui le guérit radicalement. Tavarès, curieux de connaître le moyen si heureusement employé, prit des informations exactes, et il sut que ce remède si efficace n'était autre que le quinquina ; il l'administra lui-même dans la suite avec de bons résultats. Gianini, Alph. Leroy, prétendent aussi avoir employé ce médicament avec d'incontestables succès. Quand l'expérience vient appliquer sa pierre de touche, un remède est bientôt déclaré nul, dangereux ou efficace ; mais le mode d'expérimenter est fort important, de là viennent les résultats les plus positifs ; or, jusqu'à présent, ce mode varié, méthodique, n'ayant pas encore eu lieu pour l'emploi du quinquina dans la goutte, les praticiens restent dans l'incertitude. D'ailleurs, comme la périodicité de la goutte n'a pas lieu d'une manière exacte et précise, il est difficile de croire que l'action du quinquina suffise pour arrêter complétement les paroxismes de la maladie dont il s'agit. J'ai pourtant donné le sulfate de quinine à quatre malades atteints de la goutte ; depuis cette époque, c'est-à-dire depuis deux ans environ, ces malades n'ont eu que de légers retours de leur maladie ; mais les conclusions hâtives sont si fallacieuses quand il s'agit de thérapeutique, il est souvent si incertain de dire qu'une maladie a été guérie *après* et *d'après* tel ou tel remède, qu'il convient de multiplier les faits sur l'important objet qui nous occupe. Il nous suffit de savoir que l'emploi de la quinine contre la goutte est rationnel, et ne peut avoir de suites fâcheuses.

6° Les remèdes *empiriques*. Je comprends dans cette classe ceux dont l'action ne peut se rapporter à une indication positive à remplir. Ces remèdes sont très-nombreux indépendamment de ceux que les médicastres et même quelques médecins commères vantent sans cesse aux malades opulens. Je me garderai bien de tirer de leur obscurité beaucoup de ces médicamens dont la plupart ont eu dans leur temps une certaine vogue, ainsi que ceux qui les ont vantés. En effet, combien de charlatans, tombés depuis dans la boue du mépris public, n'ont pas laissé que de jouir d'une certaine réputation de guérisseurs de la goutte ! D'un autre côté, pourquoi rejeter tout sans examen ? Le hasard, les inspirations instinctives, ne peuvent-ils pas mettre sur la voie de choses importantes ? Jenner n'a point méprisé ce que le peuple du comté de Glocester répétait, et nous avons eu la vaccine. Un aveugle empirisme et un dogmatisme hautain sont également dangereux en médecine : ainsi, j'ai vu un homme n'ayant pas les plus légères notions de notre art, non pas guérir complétement, mais soulager beaucoup de goutteux, par l'usage interne et externe d'une substance fétide que je reconnus ensuite pour l'huile animale de Dippel, médicament peut-être trop négligé de nos jours. Il est aussi des remèdes empiriques préconisés par des hommes instruits ; il faut ranger parmi ces remèdes l'effrayante multiplication des verres d'eau chaude de feu Cadet Gassicourt, la poudre de James, les eaux gazeuses, etc. Le docteur Wytt, cité par Scudamore, rapporte un exemple des effets remarquables de l'eau de chaux pour procurer *l'entière*

exemption des retours fréquens de la goutte. Je sais bien que parmi ces remèdes empiriques, il en est dont l'emploi a quelque chose d'étrange, de gâte-nature en quelque sorte, qui fait qu'un médecin sensé répugne à y recourir. Cependant il faut remarquer que la goutte devenue chronique, ayant intimement pénétré l'économie, est un principe éminemment destructeur de nos organes, qu'on doit chercher à le détruire ou le contenir par tous les moyens possibles. Il arrive encore qu'un médicament, qui ne réussit pas chez tel goutteux, obtient un succès marqué chez un autre : ce qui ferait presque pardonner, comme je l'ai dit, la ridicule polypharmacie dirigée contre cette affection.

7° Les remèdes externes. En parlant du paroxisme aigu de la goutte, j'ai fait mention des topiques dont l'application paraît la plus efficace ; j'ajouterai seulement ici, où il s'agit de la goutte chronique, qu'il faut insister pour que les applications externes soient toniques, dans un degré proportionné à l'état de faiblesse de l'articulation. Parmi ces médicamens, je range le cataplasme de Pradier, dont on trouve la formule partout ; le liniment de Quarin, avec le savon cuit et le camphre ; les bains de pied d'eau ferrée ; ces mêmes bains dans une décoction de tabac, dans le marc de raisin chaud et arrosé d'eau-de-vie ; les douches d'eaux sulfureuses. N'oublions pas non plus les pommades faites avec l'iode, recommandées par le docteur Gendrin, et dont j'ai vu de bons effets.

Dans la goutte chronique, les articulations se remplissent quelquefois de concrétions tophacées, formées d'une partie d'urate, de phosphate de chaux et d'une matière animale. Je dis quelquefois, car dans certains cas de goutte il ne s'en forme pas, tandis que cette matière abonde chez d'autres malades. On a vu ces concrétions se multiplier tellement dans certains cas, que l'économie en paraissait saturée. Quelqu'un a remarqué à ce sujet que de vieux goutteux étaient comme ensevelis vivans dans la *craie*, et qu'on aurait pu élever un tombeau avec le *plâtre* fourni par leurs articulations. Quoi qu'il en soit, ces observations sont très-rares. Le plus ordinairement, ces concrétions sont en petit nombre dans les articulations souffrantes ; les applications externes ont peu d'efficacité pour les dissoudre ; elles se détruisent à la longue, quand la maladie s'éteint et se dissipe peu à peu. Si elles sont nombreuses et d'un volume remarquable, il est presque impossible de les détruire, non-seulement à cause de leur siége, de leurs adhérences, mais parce qu'elles sont la preuve que la maladie est ancienne, tenace, qu'il y a une véritable cachexie goutteuse.

8° Les moyens hygiéniques ont une telle importance dans cette maladie, que sans eux aucun traitement ne peut réussir, et que seuls ils apportent une amélioration assez marquée pour rendre la maladie très-tolérable. Cela est incontestable, et si les observateurs diffèrent sur beaucoup de points de cette maladie, ils sont unanimes sur celui-ci. Le principe fondamental est de faire en sorte que l'économie soit excitée le moins possible sous le rapport physique et moral. On doit voir ici l'importance et la vérité des considérations générales que nous avons exposées sur cette maladie. Le régime sur-azoté doit donc être proscrit avec soin : il faut manger peu de viande et surtout de viandes noires. Le régime végétal, quand on peut le supporter, et on y parvient presque toujours avec le temps, est à préférer de beaucoup. Le vin, les liqueurs spiritueuses ne donnent pas la goutte, comme on le répète depuis si longtemps ; mais à coup sûr, leur usage entretient et complique singulièrement la maladie. Je connais deux médecins goutteux dont l'état est très-tolérable ; mais s'avisent-ils de boire un peu de vin, il y a aussitôt une recrudescence très-marquée de la maladie. L'un d'eux, forcé de devenir abstème, se regarde même comme guéri, bien qu'il sache que la cause première, le principe virtuel arthritique, n'est pas détruit dans son économie. Une pratique judicieuse de la médecine apprend néanmoins qu'il ne faut pas donner à ce précepte une importance absolue : ainsi la frugalité, tant recommandée avec raison aux goutteux, doit être modifiée selon des circonstances particulières. Trop rigoureuses, dans les cas de goutte chronique atonique, elle affaiblit l'organisme, ainsi que les articulations, au point que le malade ne peut plus marcher. Il en est de même pour les boissons : si le goutteux est jeune, vigoureux, l'usage constant de l'eau est indispensable ; mais, si l'estomac est débile, si les forces ont été diminuées par de fréquentes attaques, on pourra user de vin coupé. Quant à ceux dont la diathèse goutteuse a ruiné la constitution, fatigué depuis longtemps l'organisme le raisonnement, et les faits sont ici d'accord, ils feront bien de recourir à un peu de bon vin, à une nourriture légère mais substantielle, s'il veulent éviter de graves accidens. Au reste, comme dans beaucoup d'affections chroniques, le régime doit être basé sur la connaissance exacte de l'état du malade, confirmé par l'expérience et ratifié par le tempérament. On voit dans quel sens il faut entendre l'ancien axiome *natura paucis contenta est, et temperantia cum actione contra podagram.*

Un climat chaud, quand on peut y rester, est certainement un puissant moyen de guérir la goutte. Une foule d'Anglais se délivrent de cette maladie quand ils habitent l'Inde ; mais reviennent-ils dans leur pays, même après nombre d'années, la maladie ne tarde pas à reparaître. J'ai vu plusieurs goutteux, dans les montagnes de l'Espagne, éprouver beaucoup d'allégement lorsqu'ils séjournaient dans les plaines du midi de ce beau pays.

L'exercice du corps, en activant la circulation, en rendant à la peau sa capacité dynamique, toute sa faculté respiratoire, est un excellent anti-goutteux. Mais il faut que cet exercice soit régulier, et ne pas faire comme certains malades, les chasseurs, par exemple, qui se livrent alternativement à un exercice violent ou à un repos qui tient de l'indolence.

L'usage de la flanelle et de la brosse sur la peau sont ici indispensables. On peut consulter ce que nous en avons dit précédemment en parlant du rhumatisme. Les principes que nous avons émis, fondés sur une

expérience positive, sont de tout point applicables à la goutte.

Mais rien ne seconde mieux le traitement de cette maladie que l'égalité de caractère et les affections douces de l'ame. Quiconque veut détruire la goutte, ou au moins diminuer la douloureuse intensité de son attaque, doit secouer le joug des passions, éviter, autant que possible, les émotions fortes, mêmes celles de la joie, bien plus encore la tristesse et la mélancolie. Je n'ignore pas que ce précepte, dont on est prodigue dans les livres de médecine, est plus facile à donner qu'à exécuter; mais je sais aussi que la raison ne perd jamais ses droits; et si le mot de Possidonius, tant cité depuis des siècles, est une preuve de l'orgueil stoïque, il démontre aussi la puissance de l'âme sur la douleur physique. Quoi qu'on fasse, il faut toujours en revenir à la modération et à la prudence. *Abstine vel sustine*, il n'y a pas moyen de franchir ce cercle tracé par la médecine et la philosophie. Terminons ces études par quelques considérations pratiques sur la goutte anomale.

Reveillé-Parise.

Considérations pratiques sur le chancre, pour servir à la thérapeutique des affections syphilitiques, par M. Ricord, chirurgien de l'hôpital des vénériens.

(troisième article.)

Les soins prophylactiques du chancre étant le plus souvent mal compris, mal appliqués, ou complétement négligés, la plupart des imprudens qui s'exposent à sa contagion en sont ordinairement victimes.

Mais avant d'entrer dans l'étude du traitement curatif du chancre, établissons ici, avec le ton absolu que donne la conviction de la vérité, et que l'ignorance seule peut taxer de paradoxe, que l'ulcère syphilitique primitif peut guérir fréquemment seul, sans les secours de l'art, et même en dépit de tant de mauvaises médications que trop souvent on lui oppose. Cependant, comme la guérison spontanée du chancre est le plus souvent incertaine et tardive, que le malade reste, tant qu'il dure, exposé à l'infection générale et aux chances d'accidens locaux fâcheux, l'art, mais bien entendu et consciencieux, ne doit jamais rester inactif, et tous ses efforts doivent tendre *à l'éteindre au début, ou dans tous les cas, à en raccourcir la durée.*

Mais, chose étrange et malheureuse, tandis que tout le monde est d'accord lorsqu'il s'agit d'un poison tout autre, et qu'il n'est personne, par exemple, qui ne veuille arrêter sur place et à l'instant même le venin de la vipère; que les règles de l'art les plus formelles prescrivent d'attaquer sans retard et avant les désordres généraux, la morsure d'un animal enragé; pour le chancre, si analogue sous tant de rapport, dans son principe et dans ses conséquences; pour lui, qui laisse encore plus de temps pour agir, des illusions faciles et malencontreuses, des raisonnemens faux et des théories absurdes viennent, aidés de grands noms, jeter des doutes et de l'incertitude sur les moyens à lui opposer.

Cependant, pour bien apprécier le traitement du chancre, pour qu'il soit rationnel et efficace, prenons-le à ses différentes phases, à l'état régulier ou dévié, avec ou sans complications.

Le chancre, au début, quelle que soit la forme qu'il affecte, réclame *impérieusement la méthode abortive*.

Je soutiens, en faveur de ce précepte si important, qu'il n'y a pas d'observation authentique d'ulcères qui, détruits avant les cinq premiers jours qui suivent un coït infectant, ou tout autre mode de contagion, aient donné lieu ensuite à des symptômes secondaires, si toutefois ces ulcères existaient seuls et sans autres complications actuelles.

Mais s'il est incontestable pour tout esprit juste et qu'une saine observation dirige, qu'on doit détruire les chancres le plus promptement possible, il restera évident que les mêmes moyens ne sauraient convenir dans tous les cas, et que l'appréciation de ceux qui ont été proposés, et qui sont: l'excision, la cautérisation directe et la cautérisation médiate ou perturbatrice, méritent ici de fixer un moment notre attention.

Hunter, qui est tout à fait d'opinion qu'on doit promptement arrêter les chancres, sans établir les distinctions qu'ils peuvent présenter à leur début, dit qu'on doit préférer la cautérisation à l'*extirpation*, quand ils existent sur le gland, où la sensibilité, moins vive, excite moins de douleur, et où aussi elle n'expose pas à l'hémorrhagie; tandis qu'au contraire l'excision avec l'instrument tranchant convient mieux toutes les fois que la peau sera affectée, et que surtout le caustique aura de la peine à atteindre les limites du mal. Toutefois, quelque bons que soient les préceptes du grand praticien anglais, et auxquels M. Ribes père vient encore prêter son autorité, il est possible d'en mieux préciser l'emploi, en tenant compte des différences que les chancres présentent à leur origine.

1° *Pustule au début.* Cette forme, la plus rare dans la contagion ordinaire, et qu'on peut aisément confondre, dans les premiers jours, avec l'eczéma ou l'herpès, cède, lorsqu'on l'attaque de bonne heure, à une cautérisation bien faite.

La cautérisation de la pustule, qui *peut certainement précéder l'ulcère syphilitique*, et à laquelle M. Ratier donne le nom de méthode ectrotique, aurait été moins contestée si, d'une part, l'auteur de cette méthode avait donné une description vraie de l'époque d'apparition, du mode de développement et des conséquences de la période pustuleuse du chancre, et si, d'une autre part, on ne s'était pas contenté d'en voir nier l'existence par des hommes, savans du reste, mais qui ne donnaient pour raison que leur défaut d'expérience ou le manque d'observation.

Toutes les fois donc que, dans les premiers jours qui suivront un coït suspect, on trouvera sur les organes soumis à la contagion une pustule *de quelque nature qu'elle soit et sans qu'on ait besoin d'un diagnostic rigoureux*, il faudra la diviser et cautériser profondé-

ment les parties qui en formaient la base. En effet, quel mal y aurait-il à s'être trompé et à avoir cautérisé des pustules d'herpès, ou d'eczéma? Sera-t-il possible de mettre en parallèle ici la petite douleur causée, avec les chances contraires d'avoir laissé se développer un chancre?

Le caustique auquel on doit donner la préférence dans cette forme, où la maladie est encore peu étendue dans les premiers jours, est incontestablement le nitrate d'argent taillé en crayon assez pointu pour atteindre le fond et se glisser sous les bords du petit ulcère que la rupture de la pustule met à découvert.

Ici encore, toutes les fois qu'une pustule douteuse, dans les circonstances que nous avons signalées, siégera sur des tissus mobiles et faciles à isoler, on pourra pratiquer l'excision, à laquelle nous donnerions alors toujours la préférence, si le plus souvent les malades ne manifestaient une grande répugnance pour une opération de ce genre, quelque légère qu'elle soit. Toutefois, lorsqu'on aura recours à cette opération, que j'ai pratiquée bien souvent avec succès, il faudra employer des ciseaux courbes et exciser plutôt un peu plus qu'un peu moins, afin de porter dans les tissus sains, qui se cicatrisent ensuite avec une grande rapidité.

2° *Ulcération, ou chancre d'emblée.* Cette forme, qui est la plus commune, à cause des conditions ordinaires des parties qui s'infectent, et de la facilité avec laquelle la pustule se rompt, à peine formée, dans la plupart des cas, ne présente pas de différence pour le traitement abortif; et, de même que toute pustule douteuse, doit être cautérisée, ou excisée, toute ulcération, dans les mêmes conditions, exige un semblable traitement.

3° Mais, avons-nous dit, le chancre peut succéder *à un abcès*, précédé d'un travail phlegmoneux, et avoir pour siége un follicule, le tissu cellulaire, un vaisseau lymphatique ou un ganglion, et alors, est-il encore possible, dans cette forme de début, de compter sur la méthode abortive?

Toutes les fois qu'à la suite d'une des conditions dans lesquelles se contractent les chancres, les parties, soumises à l'infection possible, présenteront un engorgement d'un ou de plusieurs follicules, il faudra, sans hésiter, pratiquer l'excision, qu'on fera suivre d'une application de nitrate d'argent.

Lorsque déjà on aura affaire à un abcès folliculaire et que les parties malades seront encore limitées, on aura recours au même procédé; dans le cas contraire, on ouvrira pour donner issue au pus et cautériser profondément le foyer.

Il en sera de même dans les petits abcès circonscrits du tissu cellulaire et qui se développent par voie d'imbibition au voisinage d'un chancre, ou par un des procédés que nous avons déjà décrits.

Cependant lorsque la maladie aura pour siége le système lymphatique (vaisseaux et ganglions), les moyens que nous venons d'indiquer ne pourront plus être appliqués, et c'est à ceux qu'on emploie pour faire avorter les bubons, qu'il faudra avoir recours.

Ici le procédé de M. Malapert, devenu si puissant dans les mains de M. Renaud de Toulon, offre les p us grands avantages. Il est incontestable que si on peut surprendre la maladie au début et avant que le tissu cellulaire ambiant ne soit pris, on aura souvent les résultats les plus heureux de cette médication perturbatrice à laquelle je donnerai volontiers le nom de cautérisation médiate.

Ce mode de traitement abortif du chancre lymphatique ou ganglionaire, consiste à couvrir la tumeur d'un vésicatoire de la grandeur d'une pièce de trois francs, mais dont l'étendue, pour moi, est toujours proportionnée à celle de la partie malade. Quand le vésicatoire a produit son effet, et après avoir détaché l'épiderme, on met sur la surface de la peau dénudée un plumasseau de charpie imbibée d'une solution de deutochlorure de mercure à vingt grains par once d'eau distillée, et on le laisse séjourner deux ou trois heures, en le fixant avec des bandelettes agglutinatives, si on craint que le malade ne le déplace. Cette application caustique, qu'on peut remplacer par des préparations analogues, telles, entre autres, que la solution de sulfate de cuivre à deux ou trois gros par once d'eau distillée, n'est pas également bien supportée par tous les malades, et quelques-uns ne sauraient la conserver plus d'une heure, à cause des vives douleurs qu'elle excite. Toutefois, pour que l'effet désirable ait été obtenu, il faut qu'il y ait production d'une escarre qui entame une partie de l'épaisseur du derme. Cette escarre, qui est le plus ordinairement grisâtre, ou d'un brun plus ou moins foncé, est rarement noire et offre en général plus d'épaisseur que la partie de peau détruite qui semble d'abord s'infiltrer et à laquelle s'ajoute une couche plus ou moins forte de lymphe plastique. Du reste, dès que l'escarre est formée, je fais couvrir la partie d'un cataplasme laudanisé pour le premier jour, et à partir du lendemain, il est remplacé par des compresses imbibées d'eau blanche froide jusqu'à la chute de l'escarre. Quand celle-ci est tombée, l'ulcération simple qu'elle laisse à découvert est pansée avec du linge troué enduit de cérat, et par dessus la continuation de l'eau blanche; en général pour moi, je n'ai pas trouvé qu'il fût avantageux d'entretenir la suppuration lorsqu'on cherchait à faire avorter la maladie qui nous occupe ici. Quoi qu'il en soit, tant que la tumeur qu'on combat résiste et que des symptômes de vive inflammation ne viennent point s'en emparer, il faut insister sur cette médication et répéter l'application du vésicatoire et de la solution caustique.

Mais, soit que les malades vous consultent trop tard, soit que les moyens que nous venons d'indiquer n'agissent pas assez profondément, il arrive souvent qu'on a de la peine à détruire d'emblée toute la partie infectée; de telle façon que le chancre s'établit et se développe quand même. Alors, quel que soit son temps de durée et la forme par laquelle il a pu débuter, tant que son siége et ses limites le permettent, il faudra chercher à le détruire *le plus promptement possible*. Ce précepte, que nous ne saurions trop répéter, et contre lequel lut-

tent en vain de malheureux préjugés, découle, comme on pourra s'en convaincre, de l'observation journalière. En effet, dans les relevés que j'ai été à même de faire chez les sujets affectés de vérole constitutionnelle, jamais les chancres n'avaient duré moins de dix, douze ou quinze jours, dans les cas les plus rares; et dans la grande majorité, ils s'étaient prolongés trois, quatre, cinq, six semaines et plus.

Si nous ajoutons à ce qui précède, qu'il faut, comme nous l'avons dit ailleurs, des conditions individuelles pour que l'infection générale ait lieu, et que ces conditions peuvent d'abord manquer, pour se montrer plus tard, dans le cours de la durée du chancre, il restera évident que, tant qu'on le laissera persister, les chances de l'empoisonnement existeront. Ajoutons encore, et toujours en opposition avec les préjugés reçus, que s'il est certain que les accidens secondaires ne sont pas en rapport avec la rapidité de la guérison, le traitement local auquel celle-ci est due n'exerce sur eux aucune influence, et qu'on peut dire que le traitement, quel qu'il soit, qui guérit le plus vite l'accident local, est en définitive le meilleur antisyphilitique.

Cependant, pour peu que les tissus où siége le chancre soient engorgés, qu'il ait acquis lui-même une certaine étendue, le nitrate d'argent n'agit plus assez profondément, et l'excision peut porter dans des tissus déjà infectés. C'est dans des cas de ce genre, où, imitant ce que produit la gangrène, qui, comme on le sait, quand elle affecte franchement un chancre, le réduit à l'état de lésion simple, j'ai pu obtenir les résultats les plus favorables de l'emploi de la potasse caustique et mieux encore de la pâte de Vienne (1). Ce dernier escarrotique, auquel je donne la préférence, doit être employé avec précaution, afin de n'emporter que la partie malade et les tissus sains à une ou deux lignes au-delà. Une objection à faire à cette méthode, c'est qu'il est à la vérité un très-grand nombre de cas dans lesquels l'étendue nécessaire de la cautérisation *en emporte-pièce*, si je puis m'exprimer ainsi, expose des parties voisines qu'on a intérêt à ménager, autrement, toutes les fois qu'elle sera applicable et qu'on aura le soin de la bien diriger, elle donnera les plus heureux résultats. Un autre point de pratique, que je ne dois point passer sous silence, c'est qu'il arrive souvent qu'à la suite de l'emploi de ces caustiques les parties cautérisées s'œdématisent et s'enflent beaucoup, ce qui doit les faire rejeter encore, dans les cas où il faudrait cautériser un chancre à la face interne du prépuce ou sur le gland d'un individu affecté à un degré plus ou moins fort de phimosis ; mais à part cela, je le répète, c'est une médication à ne pas négliger.

Cependant le chancre, qu'on n'a pas pu attaquer par ces procédés, ou qui, en dépit d'eux, conserve encore son caractère spécifique, réclame alors d'autres soins.

1° Bien qu'en général un ulcère, une plaie, ne doivent pas être trop fréquemment pansés, pour ne pas déranger le travail de cicatrisation, il faut se garder d'en faire autant pour le chancre à la période de progrès; ici il faut se rappeler que la matière de la sécrétion devient cause permanante de la maladie, et qu'il importe de ne pas la laisser séjourner. Les pansemens donc seront répétés selon l'abondance de la suppuration trois ou quatre fois par jour.

2° Comme il est de précepte, sauf les exceptions que nous indiquerons plus tard, que les parties malades soient à découvert, il faudra bien avoir le soin, pour les chancres cutanés, de ne pas les laisser couvrir de croûtes sous lesquelles le pus croupit et creuse.

3° Tant que le chancre restera à la période d'ulcération, il faudra répéter la cautérisation avec le nitrate d'argent aussi souvent qu'à la chute des escarres produites, on retrouvera, soit pour le fond ou les bords, les caractères qui appartiennent à cette période; mais dès que la réparation aura lieu, on s'abstiendra de porter le caustique sur la partie en voie de guérison en redoublant de soins pour en continuer l'emploi sur les points encore en progrès d'ulcération spécifique.

4° Si les corps gras sont le plus ordinairement nuisibles dans le traitement du chancre, on peut dire que les pommades mercurielles, sauf les cas exceptionnels, le sont encore davantage. Rien de plus commun que de voir les chancres se multiplier, s'étendre ou s'enflammer lorsque, exempts d'induration, on les panse avec l'onguent mercuriel.

5° Si, comme nous l'avons dit, il est bon de ne pas laisser le pus du chancre en contact avec la surface qui le sécrète, il est aussi bien avantageux d'en diminuer la sécrétion. La charpie sèche, en formant en quelque sorte éponge, remplit une de ces indications ; mais un des traitemens qui donnent les guérisons les plus rapides, les cures locales les plus promptes, c'est le vin aromatique *d'après la formule du Codex*. Voici la manière dont j'emploie ce médicament :

Les malades ont soin de bien laver l'ulcération avec ce liquide, sans cependant la fatiguer où la faire saigner, ensuite ils la recouvrent d'un peu de charpie fine qui en est imbibée assez pour rester humide sans couler ; car lorsqu'elle est trop mouillée, l'espèce de macération qui en résulte en retarde les bons effets. A chaque pansement, on a soin, pour détacher la charpie de l'imprégner du même liquide, afin de ne pas déchirer les parties auxquelles, en se séchant un peu, elle pourrait adhérer.

Toutes les personnes qui suivent ma clinique, à l'hôpital des Vénériens, ont pu se convaincre des bons effets de ce traitement, à la suite duquel, à moins qu'il ne soit mal appliqué, *il n'arriva jamais de chancres successifs, comme cela a si souvent lieu avec les autres pansemens*. Le vin aromatique diminue la sécrétion purulente, tend à faire cicatriser, en modifiant la surface de l'ulcère virulent, et en agissant sur les parties voisines comme astringent énergique, il les met dans l'impossibilité de s'inoculer.

(1) La pâte de Vienne se prépare avec cinq parties de chaux, six de potasse caustique et quantité suffisante d'alcool pour en former une pâte.

Cependant j'ai rencontré des sujets chez lesquels la sécrétion continuait à être très-abondante, et alors les pansemens faits avec la décoction vineuse de tan ont parfaitement réussi. Lorsqu'il existe de la douleur, et que le vin aromatique l'augmente, en le faisant additionner de huit à dix grains d'extrait gommeux d'opium par once, il redevient encore le topique le plus avantageux. Il est bon de faire observer toutefois que des sujets qui continuent à souffrir, chez les uns les douleurs disparaissent en augmentant la dose de l'opium, tandis que chez d'autres il faut la diminuer.

Il est pourtant des cas où il faut suspendre momentanément le vin médicamenteux, ou même y renoncer complétement. C'est ainsi que chez quelques malades la suppuration venant à se tarir, l'ulcère reste stationnaire; alors un pansement avec une décoction émolliente ou du cérat opiacé doit être employé pendant quelques jours, pour reprendre le vin ensuite; chez d'autres, l'ulcère étant accompagné d'induration, il l'accroît et la cicatrisation ne peut avoir lieu. Mais, à part ces circonstances si faciles à saisir et à suivre, c'est la méthode générale de pansement à laquelle je donne la préférence.

5° Toutefois, lorsque la période de réparation arrive, tant qu'elle marche avec régularité, il faut continuer le pansement au vin, et ne reprendre la cautérisation que lorsqu'il devient nécessaire de réprimer des bourgeons charnus exubérans. Enfin il arrive souvent qu'il ne manque en quelque sorte que l'épiderme pour compléter la cure : la surface de l'ulcère, arrivée au niveau des parties voisines, reste rouge et n'est presque plus couverte de sécrétion, et cependant ne guérit pas; alors l'application superficielle du nitrate d'argent, de manière à blanchir la surface, *sans cautériser en profondeur*, suffit pour terminer.

6° Dans le chancre régulier, sans complication, le traitement local suffit, *lorsqu'il ne laisse après lui aucune induration au point qui a été affecté* On doit se contenter, pendant ce traitement, de faire garder au malade le plus de repos possible. et de le soumettre à une hygiène en rapport avec sa constitution. En effet, sous ce point de vue, il ne faut pas de système absolu : un régime débilitant, la diète même, les boissons délayantes, et l'appareil des antiphlogistiques locaux et généraux qui sont indiqués chez des individus forts et portés à l'inflammation, seraient on ne peut pas plus nuisibles chez des sujets faibles, lymphatiques et qui ont déjà quelquefois souffert d'une mauvaise alimentation. Ici, un régime tonique modéré, et en général tout ce qui peut corriger les déviations du tempérament, ou remédier à un état maladif concomitant, doit être soigneusement employé : car il faut se rappeler que d'une mauvaise constitution, ou de maladies actuellement existantes, résultent les complications et la marche vicieuse que peuvent prendre les chancres.

Lorsque le chancre régulier est cicatrisé, que les tissus sur lesquels il siégeait sont complétement revenus à l'état normal, le malade peut, après quelques jours de guérison, se livrer de nouveau et sans crainte aux rapports sexuels; il n'en est pas de même lorsqu'il reste des indurations sur lesquelles des cicatrices se sont faites, et qui, en se rompant, ne manquent pas de donner lieu à des récidives; aussi faut-il, dans ces cas, recommander sans restriction une continence absolue jusqu'à plus parfaite guérison. RICORD.

JOURNAL DE PHARMACIE

ET

DES SCIENCES ACCESSOIRES.

SEPTEMBRE 1836.

Examen chimique de la racine du polygala de Virginie; par M. T.-A. Quevenne.

C'est à Tennent, médecin écossais, qui résidait à la Virginie, que l'on doit la connaissance de cette racine en Europe. En 1738, il en envoya un échantillon au gouvernement, sous le nom de *the rattle snake root* (la racine du serpent à sonnettes (1). Cet envoi était accompagné d'une lettre par laquelle il annonçait en avoir obtenu des succès dans le traitement de la pneumonie et de quelques affections nerveuses. Les expériences que l'on fit à ce sujet furent couronnées de succès et fixèrent l'attention des médecins. On l'employa, non-seulement contre les maladies indiquées par Tennent, mais aussi dans une foule d'autres cas. Le mérite de la nouveauté contribua sans doute beaucoup à la grande vogue que cette racine obtint : aussi lui devint-elle funeste. Employée d'une manière probablement intempestive, elle occasionna des accidens qui attirèrent sur elle la défaveur; on attribua au médicament des résultats qui n'étaient peut-être dus qu'à l'inhabileté de quelques enthousiastes, et il subit le sort de l'ipécacuanha et de tant d'autres médicamens, qui sont cependant employés aujourd'hui avec succès, il tomba dans l'oubli.

Depuis cette époque, plusieurs praticiens distingués l'ont de nouveau employé dans différentes affections du poumon, dans le croup, l'ophthalmie, la cataracte, le rhumatisme, etc., et en ont vanté les bons effets.

Les chimistes, de leur côté, sont venus au secours des médecins, et ont tâché d'isoler les principes qui constituent cette racine, afin de pouvoir leur offrir à l'état de pureté celui auquel elle doit ses vertus médicinales.

Depuis 1804 on a fait un assez grand nombre d'analyses du polygala; et cependant les connaissances qu'elles nous ont fournies ne sont point assez précises pour qu'on puisse aujourd'hui se faire une idée nette de la nature de son principe actif. Aussi les auteurs d'histoire naturelle médicale les plus récents ont-ils fait sentir la nécessité de recommencer cette analyse. Ayant d'ailleurs été quelquefois moi-même témoin des bons effets du polygala, j'avais le désir de mettre les praticiens à même de constater d'une manière positive son action sur l'économie vivante; et, selon les résultats obtenus, le rejeter de la matière médicale, ou y fixer sa place d'une manière invariable. Tels sont les motifs qui m'ont déterminé à choisir ce travail pour sujet de thèse.

Analyse.

250 gr. de poudre grossière de polygala ont été soumis à l'action de l'eau par la méthode de déplacement. Les premières portions écoulées ont une couleur rougeâtre foncée, les dernières n'ont plus qu'une teinte jaune et sont fortement opalines. Le liquide s'écoule alors avec une extrême lenteur, et quoiqu'il passe encore sapide, on arrête l'opération, dans la crainte de voir apparaître des signes de fermentation. On a employé seulement une pinte et demie d'eau. Ce liquide rougit fortement le tournesol; sa saveur est amère, piquante, âcre, prenant au gosier; son odeur est celle du polygala. Les premières gouttes de persulfate de fer que l'on verse dans la liqueur la troublent sans changer sa couleur, si l'on continue d'en ajouter, il y a coloration en vert sale, en même temps qu'il se forme un précipité; gris roux; le liquide, surnageant, reste brun verdâtre. La gélatine n'y forme point d'abord de précipité mais, après en avoir neutralisé une portion par la potasse caustique, on a ajouté une solution de gélatine qui l'a assez fortement troublée. D'un autre côté, je me suis assuré que le précipité formé par la colle dans la teinture de noix de galles étendue est redissous par quelques gouttes d'acide chlorhydrique. Ainsi, point de doute, il y a dans le polygala de l'acide tannique, de l'espèce qui colore en vert les sels de fer.

(1) Les naturels de l'Amérique septentrionale attribuent à cette racine la propriété de guérir la morsure des serpents, et lui accordent une confiance telle, qu'ils en portent sur eux dans leurs voyages pour s'en servir au besoin. C'est cet usage qui la fit désigner par Tennent, sous le nom de racine du serpent à sonnettes, et le mot anglais *snake*, serpent, a dû servir à former son nom spécifique. Il serait donc plus exact de dire seneka, comme on le trouve écrit dans quelques ouvrages. Cependant ce mot, ne se prêtant pas aussi bien à la formation des dérivés que celui de senega de Linné, j'ai conservé ce dernier. L'opinion exprimée par Dulong d'Astafort (Journal de Pharmacie, XIIIe vol.), sur l'étymologie de ce mot, tout ingénieuse qu'elle est, me semble moins probable que celle-ci.

La plupart des sels, hormis ceux de potasse, de soude et d'ammoniaque, déterminent dans la liqueur la formation de précipités plus ou moins abondans; l'alcool y forme aussi un précipité blanc, léger.

Le liquide est porté à l'ébullition; il s'y forme un coagulum gris, pulvérulent, qu'on sépare par le filtre. Il reste sur celui-ci une couche poisseuse, âcre, qui, encore humide, pèse 16 gram.

Une portion de cette matière est calcinée dans un creuset de platine; elle brûle avec une flamme épaisse et laisse pour résidu une cendre blanche formée de phosphate de chaux et de fer.

Une autre portion est traitée par l'alcool bouillant, qui laisse un résidu de matière grise brune. Ce dernier, brûlé dans un tube de verre, répand des vapeurs épaisses ammoniacales qui ramènent au bleu le papier de tournesol rougi. A ces caractères on reconnait l'albumine. Aux personnes qui élèveraient des doutes sur la présence simultanée de l'albumine et du tannin dans un même liquide, je répondrais qu'ayant ajouté une petite quantité de solution aqueuse de tannin à de l'eau albumineuse, celle-ci, sans perdre sa transparence, a acquis la propriété de se colorer fortement en bleu par le persel de fer.

La solution alcoolique évaporée fournit des écailles jaunâtres, d'une saveur d'abord piquante, puis des plus âcres. On traite par l'éther, qui, évaporé, donne pour résidu un peu d'huile jaune, tenant probablement en dissolution de la matière colorante. L'extrait alcoolique, ainsi épuisé par l'éther est en partie décoloré: il offre la même saveur qu'avant le traitement éthérique, et ne renferme plus que le principe âcre un peu coloré. La présence de cette matière âcre dans le coagulum albumineux est un fait important à noter, dont nous trouverons l'application en parlant des préparations pharmaceutiques du polygala.

La poudre de polygala, en grande partie épuisée par l'eau froide, est soumise à l'ébullition dans trois litres d'eau distillée. Cette décoction rougit le tournesol. La teinture d'iode n'y indique pas d'amidon. On l'évapore sur un feu doux jusqu'à 8 onces. Il s'y forme par refroidissement un dépôt qui, séparé par filtration et séché, pèse 1gr.5a. Ce dépôt est formé de matière âcre, de phosphate et de carbonate de chaux et de fer.

On achève l'évaporation du liquide où s'est formé ce dépôt. Il en résulte un extrait noir, d'une saveur d'abord douce et sucrée puis âcre. Il père 8gr.5

Nous pouvons déjà voir par ce résultat que l'eau froide est suffisante pour dissoudre le principe âcre du polygala. En effet, j'avais cessé l'action de l'eau par déplacement lorsqu'elle passait encore sapide, et cependant je n'ai obtenu ensuite par l'eau bouillante qu'une petite quantité d'un extrait noir peu âcre, où prédominaient des sels de chaux insolubles par eux-mêmes et de l'apothême.

Cet extrait a été redissous dans l'eau et réuni au premier liquide obtenu par déplacement. On ajoute de l'acétate neutre de plomb, qui détermine la formation d'un précipité gris jaunâtre sale, que l'on sépare par filtration. Le liquide écoulé est mis de côté, et l'on commence par examiner la nature du précipité plombique. Celui-ci, délayé dans l'eau, est précipité par l'hydrogène sulfuré. Le liquide éclairci est évaporé, l'extrait qui en résulte est traité par l'alcool à 40°, *qui le* dissout presque entièrement. Cette solution alcoolique est elle-même évaporée à siccité. Le produit est repris par l'eau, qui laisse indissoute une *matière jaune*, sur laquelle nous allons bientôt revenir. Il est évident que l'eau, par laquelle je venais de traiter l'extrait alcoolique, devait contenir tous les acides qui avaient primitivement été précipités par le plomb. Les réactifs m'y ont en effet démontré la présence du tannin, des acides chlorhydrique, sulfurique et phosphorique, et d'un peu de matière colorante. De plus, la saveur du produit y décélait un peu de matière âcre, sans doute entraînée par ce précipité hétérogène; mais en vain j'y ai cherché à deux reprises différentes l'acide malique que Dulong et Feneulle disent exister dans le polygala; je n'ai pu en constater la présence.

La matière jaune provenant de l'extrait par l'alcool à 40°, et que l'eau avait refusé de dissoudre, est recueillie sur un filtre dont elle a imprégné un peu le fond à la manière d'une huile épaisse. Traitée par l'éther, elle forme une solution jaune rougeâtre, à réactions acides; on abandonne à l'évaporation. Vers la fin on y distingue quelques légères bulles d'huile qui s'attachent aux parois de la capsule, on décante, et le liquide évaporé offre un résidu de matière rousse.

Cette substance est insoluble ou peu soluble dans l'eau, soluble dans l'éther, l'alcool; précipite le persulfate de fer en gris, en communiquant à la liqueur une légère teinte verdâtre; précipite l'acétate triplombique en beau jaune; forme dans la potasse une solution jaune intense. Ces propriétés me firent penser que j'avais affaire à de la matière colorante retenant un peu de tannin. Dans le but de la débarrasser de ce dernier, je la traitai à plusieurs reprises par l'eau bouillante; cette eau, qui se troublait par refroidissement, avait acquis la propriété de précipiter le persulfate de fer en gris, en développant une couleur verte, tandis que la partie restée indissoute précipitait alors le même sel de fer en gris roux, sans la moindre nuance de vert. J'étais donc parvenu à isoler une portion de la matière colorante du polygala. En la traitant par l'eau froide j'en avais dissout une faible portion et la totalité du tannin. Nous examinerons plus loin ses propriétés: je signalerai seulement ici sa saveur amère.

La liqueur, antécédemment précipitée par l'acétate de plomb et mise de côté, est exposée à un courant d'hydrogène sulfuré pour la séparer du plomb qu'elle retenait. On filtre et l'on évapore à siccité. L'extrait qui en résulte est traité par l'alcool à 36°, qui laisse indissoute une matière brune insipide, soluble dans l'eau, sans action sur les papiers réactifs, ne précipitant ni le nitrate d'argent, ni l'acétate neutre de plomb, mais précipitant abondamment le sous-acétate; l'oxalate d'ammoniaque y indique une assez grande quantité de chaux. Une portion de cette matière est chauffée avec de l'acide nitrique, dont on ajoute à plusieurs reprises, jusqu'à

ce qu'il ne se dégage plus de gaz rutilant, le liquide laisse former par refroidissement un dépôt blanc évidemment formé d'acide mucique. Ainsi la matière brune laissée par l'alcool était formée de gomme et de chaux, sans doute colorés par un peu d'extractif altéré. La chaux devait être combinée avec la gomme, car il est certain qu'elle ne pouvait y être combinée avec l'acide malique, puisque l'acétate neutre de plomb ne troublait pas la liqueur.

La solution alcoolique, d'où l'on a séparé la matière gommeuse, est évaporée, et fournit un extrait brun, complétement soluble dans l'eau, qui contient, outre la matière âcre et la matière jaune amère, un peu de chaux et de l'acide acétique, provenant de la décomposition de l'excès d'acétate de plomb ajouté antérieurement. Sa saveur est fortement amère, âcre et persistante. Le produit que Feneulle indique comme le principe actif du polygala, ressemble beaucoup à cet extrait, et n'en diffère que par quelques corps étrangers qu'il y ajoute. Pour s'expliquer l'augmentation d'intensité de la saveur amère que nous remarquons ici, il suffit de se rappeler que le précipité formé par la coagulation de l'albumine a entraîné une assez grande quantité de matière âcre; que le deuxième précipité, formé par suite de la concentration des décoctions, en a encore entraîné un peu; tandis que nous n'avons enlevé qu'une fois au liquide de la matière colorante amère, c'est lorsque nous l'avons précipité par le sel de plomb, et encore s'est-il précipité en même temps de la matière âcre. Cette facilité avec laquelle tous les précipités qui se forment au milieu des infusions de polygala entraînent la matière âcre, est remarquable, et fait voir combien sont vicieuses les formules qui indiquent de concentrer par évaporation ces sortes de médicamens. Continuons pour le moment l'examen de l'extrait qui nous occupe. En le traitant par l'éther, on lui enlève la plus grande partie de la matière amère, car après ce traitement il ne possède plus qu'une saveur piquante et âcre. Ayant déjà isolé cette matière colorante amère, il était inutile de chercher à purifier celle que venait de dissoudre l'éther.

L'extrait ainsi privé de ce corps est dissout dans l'eau, on ajoute du sous-acétate de plomb, qui forme un beau précipité jaune, résultant de la combinaison de la matière âcre, et d'un peu de matière colorante avec le plomb. On lave jusqu'à ce que l'hydrogène sulfuré n'indique plus de plomb dans l'eau des lavages. C'est une combinaison analogue à celle-ci que Folchi a désignée et décrite comme le principe actif du polygala, sans s'apercevoir que c'était un sel de plomb. On délaie ce précipité dans suffisante quantité d'eau, on sépare le plomb par un courant d'hydrogène sulfuré, on chasse l'excès de ce dernier par la chaleur, et l'on filtre. Le liquide qui s'écoule est ordinairement coloré en brun par une petite quantité de sulfure de plomb très-divisé, mais par l'action d'une légère chaleur il ne tarde pas à s'éclaircir: on filtre de nouveau, et l'on évapore à siccité. On traite ce produit par l'alcool à 36° bouillant, on filtre au bain-marie, et par refroidissement il se forme un dépôt pulvérulent d'une blancheur plus ou moins grande, qui n'est autre chose que la matière âcre à l'état de pureté; on la sépare par filtration. Le liquide d'où elle s'est précipitée, exposé à l'air, en laisse encore déposer une quantité assez considérable, par suite de l'évaporation de l'alcool. Enfin, le sulfure de plomb, traité par ce même véhicule bouillant, en fournit aussi une nouvelle quantité. Si l'on ne juge pas le produit suffisamment blanc, on le redissout dans l'alcool, on décolore par le charbon animal lavé à l'acide hydrochlorique, et l'on filtre comme précédemment au bain-marie.

La racine de polygala, épuisée par l'eau, est traitée par l'alcool à 34°. Celui-ci, filtré bouillant, laisse former par refroidissement un dépôt jaunâtre, qui n'est autre chose que de la cire. On traite celle ci par l'éther, qui laisse indissoute un peu de matière âcre qu'elle entraîne dans sa précipitation. Le produit de l'évaporation de l'éther est repris par l'alcool à 40° bouillant, qui n'en dissout qu'une partie, et laisse au fond de la capsule une matière rousse, fauve, pulvérulente, insipide, insoluble dans l'eau, dans l'éther et dans les alcalis. Chauffée jusqu'à 200°, cette matière se colore sans se fondre; sur une lame de platine elle noircit en fondant, s'enflamme et brûle en laissant un léger résidu de phosphate de chaux. Quelle est la nature de ce produit? Ce ne peut être de la myricine, puisqu'il avait été primitivement dissout par l'alcool.

La partie de la cire dissoute dans l'alcool à 40° est exposée à une douce chaleur pour chasser celui-ci. Vers la fin de l'évaporation, la liqueur prend l'aspect d'une gelée. Cette substance offre la couleur jaune terne de la cire ordinaire; son odeur est analogue à celle du polygala, et sa saveur est nauséense, ce qu'elle doit sans aucun doute à un peu d'huile qu'elle a retenue. Elle est soluble dans l'éther, les huiles fixes et essentielles, saponifiable par les alcalis, fusible à 63°. Il ne faut point ajouter une grande importance au degré de fusion indiqué ici, à cause de l'huile qu'elle retient, et dont il serait très-difficile ou même impossible de la priver maintenant. Cette matière, ainsi obtenue par l'alcool, ne peut être que de la cerine, puisqu'elle doit manquer de l'autre élément qui constitue la cire, la myricine.

La décoction alcoolique, qui a laissé déposer la cire par refroidissement, est évaporée. Elle fournit une petite quantité d'extrait jaunâtre tout imprégné d'huile, ainsi que les parois de la capsule. C'est à ce produit, en grande partie formé de matière âcre et d'huile, que Dulong d'Astafort a donné le nom de résine, après lui avoir toutefois enlevé une portion de matière âcre par l'eau. Cet extrait est traité à plusieurs reprises par l'éther, qui, distillé, laisse pour résidu une huile brune jaunâtre, de consistance de sirop épais; c'est l'huile fixe (résine molle de Gehlen). Vers la fin de la distillation de l'éther, on distinguait dans la cornue deux couches, l'une aqueuse et l'autre huileuse. On a versé le tout dans une capsule pour examiner ces produits. Le liquide aqueux était acide, et se colorait en

vert par le persulfate de fer, comme le dit Folchi; mais indépendamment de l'acide gallique que ce caractère indique dans le liquide aqueux, il existe dans l'huile un autre acide qui ne se colore point par les sels de fer. Nous chercherons à en déterminer la nature en examinant les propriétés de l'huile fixe.

L'extrait alcoolique, ainsi privé par l'éther de la plus grande partie de son huile et de sa matière colorante jaune, ne contient presque plus que la matière âcre. On peut extraire celle-ci, soit au moyen de l'acétate triplombique, comme je l'ai indiqué, soit par le procédé de Gehlen, qui, avec quelques modifications, donne dans ce cas un aussi bon résultat. (Le procédé de Gehlen ne peut fournir de matière âcre qu'en opérant comme ici sur un extrait alcoolique de polygala.)

La poudre de polygala, épuisée par l'alcool et devenue tout à fait insipide, est bouillie avec une solution faible de potasse caustique; on filtre la liqueur brune qui en résulte. L'acide hydrochlorique versé dans un peu de cette liqueur la fait prendre en gelée; la même chose arrive avec le chlorure de calcium. A ces simples caractères on ne peut méconnaître l'acide pectique. Le lendemain le reste de la liqueur était pris en une gelée brune, d'une saveur fade.

Le polygala, doué d'une odeur marquée, devrait-il celle-ci à une huile essentielle? Feneulle et Dulong disent l'avoir obtenue; Folchi l'admet; mais aucun ne parlant de ses propriétés, j'ai voulu essayer de l'obtenir à mon tour.

La facilité avec laquelle la décoction du polygala monte et s'enlève, m'a déterminé à ne point distiller à feu nu, mais bien à la vapeur. Les premières portions d'eau qui ont passé à la distillation étaient surmontées par une très-petite quantité de matière grise-blanche, solide, qui, bientôt divisée, nageait dans le liquide; je n'ai aperçu aucune trace de corps gras liquide nageant à la surface. Le produit de la distillation a une odeur forte et désagréable; il décolore le papier de tournesol plutôt qu'il ne le rougit, et précipite l'acétate triplombique en blanc. Une portion du produit est agitée avec de l'éther : celui-ci, évaporé, laisse sur le fond de la capsule une matière grasse, mais en quantité si petite, que c'est à peine si l'on peut en imbiber un peu de papier, qui devient transparent, et indique ainsi d'une manière certaine un corps gras passé à la distillation : ce corps rougit fortement le tournesol. Etait-ce là une huile essentielle, ou bien un acide gras volatil? Ce n'est point avec des quantités si minimes que je pouvais établir un jugement positif à ce sujet. Cependant je ferai voir par des faits, en parlant de l'huile fixe, qu'il devait véritablement y avoir ici un acide, ce qui rend assez douteuse la présence d'une huile volatile.

Propriétés de l'acide polygalique (matière âcre).

La matière âcre du polygala, telle que je l'ai obtenue de différentes opérations et par divers procédés, se présente avec les caractères suivans :

Elle est blanche, pulvérulente quand elle s'est précipitée par le refroidissement de l'alcool, inodore; d'abord peu sapide, mais ne tardant pas à devenir piquante, âcre, et à produire à l'entrée du gosier un sentiment d'astriction des plus pénibles. Inaltérable à l'air. Sa poudre irrite la gorge et l'intérieur du nez, et excite l'éternument.

Exposée dans une petite cornue à une chaleur graduellement élevée jusqu'à 200°, elle s'est à peine colorée à l'extérieur de la masse, et n'a donné qu'une goutte d'un liquide acide, lequel provenait sans doute de la décomposition des portions, immédiatement en contact avec les parois du verre. La matière restée dans la cornue jouissait, après cet essai, de ses propriétés chimiques et de sa saveur âcre comme auparavant : elle n'est donc point volatile. Brûlée dans un tube de verre, elle n'a point répandu de vapeurs alcalines : elle est donc dépourvue d'azote. Chauffée sur une lame de platine elle y brûle activement en répandant une flamme fuligineuse : elle laisse un charbon léger qui finit par disparaître sans laisser de résidu. Cette substance se dissout dans l'eau froide, mais lentement, tandis que si l'on élève un peu la température, on obtient une solution très-prompte et complète, jouissant de la propriété de rougir le tournesol : la matière que nous examinons est donc un acide; je le nommerai *acide polygalique*, du nom générique de la plante qui le fournit. On retrouve dans cette solution la saveur piquante; puis âcre, de l'infusion de polygala; comme cette dernière. elle est aussi très-mousseuse. Si on l'évapore à une douce chaleur, on obtient l'acide polygalique en écailles blanches verdâtres, translucides. Si, au lieu de la laisser évaporer tranquillement, on agite continuellement vers la fin, on y interpose une grande quantité d'air, et l'on obtient une masse légère, opaque, d'une grande blancheur. Une solution aqueuse est restée exposée à l'air pendant plus d'un mois, sans que la saveur âcre ait même paru diminuer : à la fin elle s'est évaporée sans traces de cristallisation. L'acide polygalique est également soluble en toute proportion dans l'alcool absolu bouillant, mais une grande partie se précipite par refroidissement. L'alcool à 22° en laisse aussi précipiter beaucoup dans le même cas. Il est absolument insoluble dans l'éther sulfurique, l'éther acétique, les huiles grasses et volatiles. Les alcalis neutralisent sa solution en lui communiquant une légère teinte verdâtre. Si l'on ajoute un excès d'eau de baryte à la solution d'acide polygalique on produit un précipité blanc abondant que j'ai attribué à la formation d'un sel basique. En effet, si l'on verse une solution de polygalate de potasse dans celle de chlorure de barium, il n'y a point de précipité; mais si l'on ajoute préalablement un peu d'eau de baryte à celle-ci, on voit alors apparaître le précipité blanc. Le protosulfate et le persulfate de fer, l'acétate de cuivre, l'acétate neutre de plomb, le nitrate d'argent, ne précipitent point la solution d'acide polygalique libre, mais il en est autrement s'il est uni à un alcali. Les chlorures d'or, de platine, le bichlorure de mercure, l'émétique, ne le précipitent pas davantage, qu'il soit libre ou combiné, mais il donne lieu à

un précipité blanc abondant par le sous-acétate de plomb et protonitrate de mercure.

L'acide nitrique concentré, versé sur l'acide polygalique, forme une solution jaune; par l'action de la chaleur il donne lieu à la formation d'un peu d'acide oxalique et d'une matière d'un beau jaune pâle, qui, lavée à l'eau froide, offrait une saveur astringente très-amère : je l'ai regardée comme de l'acide picrique. L'acide sulfurique exerce une action particulière, caractéristique, sur l'acide polygalique. Il le colore d'abord en jaune; puis, peu de temps après, les parties extérieures de la masse deviennent d'un rouge rosé, et se dissolvent à mesure dans l'acide, phénomène qui se continue jusqu'à ce que toute la matière soit dissoute; bientôt la solution acquiert une belle couleur violette, qui persiste quelques heures dans un grand degré d'intensité, puis s'affaiblit peu à peu en prenant une teinte gris-bleu; enfin, vingt-quatre heures après, la liqueur est totalement décolorée, et a donné lieu à la formation d'un léger précipité gris devenu insoluble dans l'eau. On n'aperçoit aucun dégagement de gaz pendant la dissolution. La présence de l'air est nécessaire à l'accomplissement du phénomène : hors de son contact il ne se forme qu'une solution rouge-brune. Le tannin, versé dans la solution d'acide polygalique, la rend très-opaline : je me suis assuré que ce phénomène n'est pas dû à la présence d'une base organique.

L'acide polygalique jouit de propriétés acides fort peu énergiques : ainsi, il ne chasse de ses combinaisons ni l'acide carbonique, ni l'acide hydrosulfurique, même aidé de l'action de la chaleur.

Polygalates.

Les polygalates alcalins s'obtiennent en saturant avec ces bases la solution d'acide polygalique; ils sont incristallisables, et ne peuvent s'obtenir que sous forme de pellicules minces, translucides, verdâtres. Celui de magnésie précipite en blanc par l'acétate de plomb et le nitrate d'argent, en gris par le persulfate de fer, en vert par les sels de cuivre, un léger excès d'acide redissout ces précipités. Il ne précipite ni le chlorure d'or ni le bichlorure de mercure, peut-être à cause de l'excès d'acide de ces sels. Les polygalates de potasse et de soude doivent se comporter comme celui de magnésie.

Ainsi, l'acide polygalique forme avec les alcalis des sels neutres incristallisables : il produit avec la baryte, outre le sel neutre, un sel basique pulvérulent. Nous avons vu qu'il forme aussi avec le plomb un sel basique; c'est même sur cette propriété qu'est fondé le mode d'extraction que j'ai indiqué. Avec la pluplart des sels métalliques des autres sections, il donne lieu à la formation de sels insolubles à l'état neutre, facilement solubles dans un excès d'acide. S'il ne précipite pas l'émétique, cela peut être dû à la présence de l'alcali, qui donnerait lieu à la formation d'un sel double.

J'ai à regretter de n'avoir pu obtenir cet acide sous forme cristalline, signe irrécusable de la pureté d'un corps. Mais la delphine, qui est incristallisable par elle-même, et qui ne forme pas non plus de sels cristallisables; l'émétine, qui ne forme même pas de sels neutres : l'acide tannique, l'acide pectique, d'une autre part, ne sont-ils pas dans le même cas ? Et cependant leur existence comme corps purs n'est révoquée en doute par aucuns chimistes.

Reste, pour terminer l'histoire chimique de l'acide polygalique, deux points importans à examiner : la détermination de sa capacité de saturation et son analyse élémentaire. N'ayant point encore désespéré de l'obtenir à l'état cristallin, j'ai cru devoir différer ces deux expériences, pour lesquelles il est si nécessaire d'avoir des corps purs.

Expériences physiologiques.

Voici maintenant le résultat de quelques expériences physiologiques que j'ai tentées, soit pour prouver que l'acide polygalique était bien le corps auquel la racine de polygala doit son action thérapeutique, soit pour commencer à guider les praticiens qui voudraient en essayer l'emploi.

Introduit dans l'estomac à la dose de 2 décig. ou 4 grains dissous dans 4 gram. d'eau, chez des animaux de petite taille, il a produit, dans l'espace de cinq à dix minutes, et à plusieures reprises, des vomissemens d'un mucus filant, dont la sécrétion s'est ensuite continuée et rendait leur gueule écumeuse.

A une dose moitié plus forte, c'est à dire à 4 décig. dissous dans la même quantité d'eau, il produit, non-seulement les vomissemens dont je viens de parler, mais aussi un très-grand embarras dans la respiration; cette gêne forçait l'animal à allonger le cou et à renverser la tête pendant l'inspiration. Dans un cas les vomissens ont été suivis de fréquens éternumens; dans un autre ils ont été accompagnés d'agitation et de mouvemens violens et convulsifs. La dernière dose a toujours produit la mort après trois heures environ.

Injecté dans la veine jugulaire d'un chien de petite taille à la dose de 1 décig., les vomissemens ne sont survenus que trois quarts d'heure après, et dans ce seul cas ils ont été suivis de selles. Deux heures et demie après l'injection, l'animal est mort sans avoir présenté rien autre chose de remarquable.

Employé par la méthode endermique à la dose de 2 décig. et même 4 décig. introduits sous la peau de la partie intérieure de la cuisse, l'acide polygalique est resté sans effet.

Je n'ai observé chez aucun des animaux soumis à ces expériences que la sécrétion des urines fût augmentée.

Autopsie. A l'autopsie on trouve dans l'œsophage et dans l'estomac une quantité de mucus écumeux plus ou moins grande; la muqueuse de ces organes est décolorée. Cependant elle présentait de la rougeur et de l'injection par places chez deux de ces animaux, qui, ayant pris le premier jour quatre grains et le deuxième 8 grains d'acide polygalique, étaient par cela même restés longtemps soumis à l'action de ce corps. Toujours

j'ai trouvé le tube instestinal rouge et injecté, surtout dans le duodénum et le jéjunum. A mesure qu'on descendait vers le rectum la rougeur devenait moins vive.

Le ventricule droit était, dans tous les cas, gorgé d'un sang noir, ainsi que les veines: le ventricule gauche était vide, ou contenait peu de sang d'une couleur terne et non d'un rouge vif.

Dans la partie supérieure de la trachée-artère on trouvait une petite quantité de mucus écumeux. Les poumons n'ont présenté rien de remarquable, si ce n'est une quantité de sang qui paraissait un peu plus grande que dans l'état normal.

Un seul avait une vessie distendue outre mesure et remplie.

En examinant avec attention ces différens résultats, il me semble qu'on peut en déduire, comme conséquence, que l'acide polygalique exerce une action stimulante spéciale sur les membranes muqueuses, d'où résulte une sécrétion de mucus très-abondante. Ceci s'accorderait avec l'observation de Kreysig, qui administre le polygala chez les hommes âgés, où il y a absence plus ou moins complète de sécrétion muqueuse à la surface des bronches. Les faits précédens justifient encore l'emploi de ce médicament par Valentin et Bretonneau dans le croup, où il s'opposerait à la formation de la couenne croupale, ou, si elle existe déjà, il contribuerait à la détacher.

L'action marquée de l'acide polygalique sur l'estomac et les intestins, quand on l'administre à haute dose, ne pourrait-elle pas expliquer sa manière d'agir dans l'ophtalmie? Ne serait-ce pas comme simple dérivatif qu'il en aurait produit la guérison? Mais d'après les ravages que nous l'avons vu produire quand il a été introduit en grande quantité dans l'économie, je n'ai pas besoin d'insister ici sur la circonspection avec laquelle on doit doser cette substance âcre ou la racine qui la contient (1).

Enfin, l'acide polygalique paraît exercer sur la fonction respiratoire une action qui n'est peut-être pas étrangère à son efficacité dans les maladies du poumon.

J'ajouterai que comme sialagogue il ne me paraît pas mériter de fixer l'attention; mis à faible dose sur la langue il excite bien en effet un peu de salivation, mais nous possédons de bien meilleurs médicamens de ce genre.

D'après les expériences que je viens de rapporter, il ne me semble guère possible d'expliquer le mode d'action du polygala dans une foule de maladies où on l'a conseillé. Ce n'est toutefois pas là une raison pour juger *à priori* qu'il ne peut pas être employé avec succès pour les combattre. Combien de médicamens, en effet, produisent d'heureux résultats, et dont nous ne pouvons expliquer la manière d'agir: témoin le sulfate de quinine! D'ailleurs, si j'ai entrepris ce petit nombre d'expériences physiologiques, c'était moins pour étudier avec détails l'action du polygala sur l'organisme, que pour acquérir la certitude que le corps que j'avais isolé était bien le principe actif de cette racine; je crois l'avoir suffisamment prouvé.

De la matière colorante.

Elle est en écailles minces, brune-jaunâtre, inodore, très-amère, fond à 160°. Chauffée dans un tube de verre, elle brûle sans répandre de vapeurs alcalines; brûle à l'air avec une flamme épaisse, et laisse un charbon volumineux.

Elle est peu soluble dans l'eau, soluble dans l'alcool et l'éther: ces solutions rougissent le tournesol. Légèrement soluble dans les huiles fixes et volatiles. La potasse, la soude et l'ammoniaque la dissolvent facilement en développant sa couleur jaune. Elle donne lieu avec un grand nombre de sels métalliques, à des précipités diversement colorés. L'acide sulfurique lui communique une couleur rouge enfumée, n'ayant pas le moindre rapport avec celle qu'il développe avec l'acide polygalique.

C'est à cette matière que j'ai cru pouvoir attribuer la saveur amère que l'on remarque dans le polygala. Cette matière est-elle pure? La saveur amère qu'elle nous offre lui est-elle inhérente, ou bien la devrait-elle à une matière étrangère? Ceci est possible: Feneulle dit l'avoir obtenue insipide. Ce qu'il y a de certain, c'est que dans tous les produits du polygala où la couleur annonçait une grande quantité de matière colorante, là aussi prédominait la saveur amère. Si ce sont deux corps différens, il est donc supposable qu'ils ont l'un pour l'autre une grande affinité. Certain que j'étais que ce n'était pas là la matière active, j'y ai attaché une moins grande importance.

Huile fixe et acide virginéique.

L'huile fixe est contenue en assez grande quantité dans le polygala. Elle est brune-rougeâtre, d'une consistance de sirop épais, d'une saveur aromatique, amère, rance, on ne peut plus désagréable: d'une odeur analogue à la saveur; elle rougit le tournesol. Elle forme dans les alcalis une solution brune-jaunâtre tant qu'elle est concentrée, mais d'un beau jaune quand elle est un peu étendue.

J'en ai fait bouillir une certaine quantité avec de l'eau; celle-ci filtre acide, d'une saveur d'abord douce, puis légèrement amère, nauséeuse. Le persulfate de fer n'y produit point de précipité, mais une simple coloration en rose, le sous-acétate de plomb un précipité jaune abondant. Le nitrate d'argent ni celui de baryte n'y produi

---

(1) Mérat (Dictionnaire des sciences médicales) dit que la dose à laquelle on conseille le polygala dans les ouvrages est généralement trop forte, et qu'on doit rarement l'élever au delà du 1 gros par jour en décoction dans une pinte d'eau. La même remarque se trouve dans le Dictionnaire des sciences naturelles de Levraut.

Cette dose est peut-être un peu minime, mais il est certain que cette racine est très-active et qu'elle ne doit être administrée qu'en petite quantité à la fois. Que penser d'après cela de ceux qui l'ont employée jusqu'à 3 onces pour une pinte d'eau?

seut de changement ; l'acétate de cuivre donne un précipité en gris-verdâtre, léger ; la potasse lui communique simplement une teinte jaune.

Une autre portion de cette huile a été traitée à chand par une solution de potasse caustique. La saponification s'est opérée avec une extrême facilité ; après quelques minutes d'ébullition, le savon obtenu se dissolvait parfaitement dans l'eau. On l'a décomposé par l'acide tartrique, et le tartrate de potasse séparé, on a introduit dans un petit appareil distillatoire le liquide aqueux et le corps gras qui le surnageait. Par la distillation on a obtenu un liquide d'une odeur nauséeuse, surmonté par quelques petites gouttes d'une matière huileuse. Le liquide aqueux rougit le tournesol, précipite le sous-acétate de plomb en blanc, ne précipite ni le sel d'argent ni celui de cuivre.

La quantité du liquide gras surnageant étant trop faible pour l'isoler directement, on traite par l'éther. Celui-ci, abandonné à l'évaporation, laisse pour résidu à peine une goutte d'un corps gras légèrement coloré, liquide, rougissant énergiquement le tournesol, d'une odeur très-forte, pénétrante, désagréable, entièrement soluble dans la potasse caustique. La propriété de rougir ainsi le tournesol et surtout celle de se dissoudre dans la potasse caustique, devaient me faire penser que j'avais obtenu un acide gras volatil et non une essence. Déjà Feneulle avait obtenu, non pas ce corps gras isolé, mais un liquide aqueux jouissant de propriétés acides, ce qui lui avait fait penser avec raison qu'il pouvait y avoir là un acide gras volatil.

Ayant déjà de fortes raisons de penser que cet acide préexistait dans l'huile fixe, et désirant d'ailleurs m'en procurer d'assez grandes quantités pour faire quelques essais, j'ai introduit 30 grammes d'huile fixe dans une cornue, et je l'ai exposée à une chaleur graduellement élevée jusqu'à 200°. J'ai obtenu par ce moyen une petite couche de liquide huileux d'une couleur jaune hyacinthe, qui m'a paru semblable au précédent. Voici ses propriétés. Odeur, très-forte, nauseeuse ; saveur âcre, piquante, laissant sur la langue une tache blanche ; rougit fortement le tournesol. Peu soluble dans l'eau, très-soluble dans l'alcool et l'éther. La potasse caustique le dissout complétement. La solution dans l'alcool faible jouit des propriétés suivantes : elle précipite en gris le persulfate de fer et développe une couleur rose; l'acétate et le sous-acétate de plomb y forment un précipité blanc, l'acétate de cuivre un précipité gris-verdâtre. L'acide sulfurique lui communique une couleur brune, puis le noircit.

Ainsi de tous ces faits, je crois pouvoir conclure : que la matière que j'ai extraite à la température de l'eau bouillante par la distillation des produits de la saponification de l'huile fixe, et celle que je viens d'obtenir à feu nu, mais à une température inférieure à celle à laquelle les graisses se décomposent, sont identiques, car leurs propriétés principales sont les mêmes; que cette matière grasse préexiste avec ses propriétés acides dans le polygala, car les réactifs en annonçaient la présence dans l'huile fixe non distillée, et aussi dans le produit de la simple distillation de la racine à la vapeur ; que cette substance est un acide gras volatil analogue aux acides valérianique et phocénique, et non une huile essentielle, car la propriété de rougir fortement le tournesol et de se dissoudre dans les alcalis n'appartient généralement pas aux essences. Je donnerai à cet acide le nom d'*acide virginéique*. Je regarde en conséquence comme probable que le polygala ne contient pas d'huile essentielle, et que c'est seulement à l'acide virginéique qu'on doit rapporter son odeur.

D'après les expériences rapportées dans cette analyse, je crois pouvoir admettre, sans aucun doute, la présence des corps suivans dans le polygala :

1° Acide polygalique;
2° — virignéique;
3° — pectique;
4° — tannique;
5° Mat. col. jaune, amère;
6° Gomme;
7° Albumine;
8° Cérine;
9° Huile fixe.

Les acides, comme on le voit par cette énumération, sont nombreux dans le polygala : ils dominent les autres principes, et révèlent d'abord leur présence par la propriété de rougir le tournesol. Il est toutefois présumable que l'un deux, l'acide pectique, ne préexiste pas dans la racine, et que ses élémens s'y trouvent à l'état de pectine.

Incinération.

Connaissant les principes d'origine organique qui se trouvent dans le polygala, et ayant déjà vu apparaître durant le cours de l'analyse différens corps minéraux, il me restait à constater d'une manière positive leur présence et à fixer leur nombre.

J'ai en conséquence brûlé 50 grammes de polygala bien choisi dans un creuset de platine. Cette quantité m'a fourni 1 gr. 5 déc. de cendres, dans lesquelles j'ai reconnu la présence des corps ci-dessous énumérés, et devant être ajoutés aux premiers pour représenter la constitution chimique du polygala :

1° Carbonate potassique;
2° Carbonate calcique;
3° Phosphate potassique;
4° Sulfate *idem*;
5° Chlorure *idem*;
6° Sulfate calcique;
7° Phosphate *idem*;
8° Alumine;
9° Magnesie;
10° Silice;
11° Fer.

J'ai eu occasion, durant le cours de cette analyse, de faire connaître les produits auxquels Feneulle et Folchi ont rapporté les propriétés du polygala. Je dirai ici



que celui de Dulong d'Astafort, quoique obtenu par un procédé fort compliqué, est beaucoup plus pur que celui de Feneulle. Il ne paraît contenir, en fait de corps étrangers, que de l'acétate de magnésie et un peu de matière colorante ; l'auteur ne s'y est pas mépris, mais il n'a pu trouver le moyen de séparer l'acide acétique ce qui l'a empêché de reconnaître la vraie nature de son produit, auquel il donne pour caractère d'être fauve, âcre, de se ramollir par la chaleur et d'attirer l'humidité de l'air.

Enfin, il serait assez difficile de savoir quels étaient les corps qui pouvaient se trouver dans la sénéguine de Gehlen, à laquelle il attribue pour caractère d'être brune et cassante, âcre, insoluble dans l'eau ; mais ce qu'on peut dire, c'est que ce produit était extrêmement facile à purifier, et qu'il est étonnant que cet habile chimiste ne l'ait pas fait. Son procédé, qui consiste uniquement dans l'emploi successif de l'alcool, de l'éther et de l'eau, est très-bon, mais fort dispendieux : il sert à prouver un fait très-intéressant, c'est que l'acide polygalique existe à l'état de liberté dans le polygala. En effet, au moyen des trois véhicules que je viens de nommer, on peut parvenir à avoir cet acide pur, et même d'un assez beau blanc, sans l'emploi du charbon (1).

GHELEN.	FENEULLE.	DULONG.	FOLCHI.	QUEVENNE.
Sénéguine.	Substance amère.	Matière âcre non alcal.	Matière âcre.	Acide polygalique.
—	—	—	—	Acide virginéique.
—	Acide pectique.	Acide pectique.	—	Acide pectique.
—	—	—	Acide gallique.	Acide tannique.
Gomme.	Matière colorante jaune.	Matière colorante jaune.	Matière colorante jaune.	Matière colorante jaune.
Albumine.	Gomme.	Matière gommeuse.	Extractif gommeux.	Gomme.
—	Albumine.	—	Matière azotée analogue au gluten.	Albumine.
Résine.	—	Matière analog. à la cire.	Cire.	Cérine.
—	Huile grasse.	Résine.	Huile dense en partie volatile.	Huile fixe.
—	Huile volatile.	Huile volatile.	Huile volatile.	—
—	Malate, acide de chaux.	Malate calcico-potassique.	—	—
—	Carbonate calcique.	—	Carbonate calcique.	Carbonate calcique.
—	Carbonate potassique.	—	Carbonate potassique.	Carbonate potassique.
—	—	Sulfate potassique.	Sulfate potassique.	Sulfate *id.*
—	—		—	Phosphate *id.*
—	Chlorure potassique.	Chlorure potassique.	Chlorure potassique.	Chlorure potassique.
—	Sulfate calcique.	—	Sulfate calcique.	Sulfate calcique.
—	Phosphate calcique.	Phosphate calcique.	Phosphate calcique.	Phosphate calcique.
—	—		—	Alumine.
—	—	—	Magnésie.	Magnésie.
—	Silice.	—	Silice.	Silice.
	—	Fer.	Fer.	Fer.

APPLICATIONS.

Revue générale des préparations de polygala.

Munis que nous sommes maintenant de la connaissance des principes qui constituent le polygala, il nous est déjà permis de penser que les meilleurs médicamens obtenus avec cette substance seront ceux qui ont l'eau pour véhicule ; mais comme la multitude de corps avec lesquels l'acide polygalique se rencontre dans le polygala pourrait mettre la théorie en défaut, faisons d'abord quelques essais, après quoi nous passerons rapi-

(1) Il existe encore au moins trois autres analyses du polygala qui n'ont point été publiées par les recueils scientifiques qui se trouvent dans les bibliothèques de Paris ; de là l'impossibilité de me les procurer. Parmi elles il en est une surtout que j'aurais désiré connaître, parce qu'elle fait mention d'un acide polygalique : c'est celle de Peschier. Toutes mes recherches à ce sujet ont été inutiles. Ce que je puis savoir, c'est que le corps, que ce chimiste a désigné sous le nom d'acide polygalique, est différent du mien. En effet, d'après ce qu'on voit dans quelques traités de matière médicale, son principe âcre du polygala serait celui qu'il nomme *polygaline*, et qu'il regarde comme un alcali : ce serait donc cette polygaline qui correspondrait au principe que j'ai appelé acide polygalique.

Il y admet la présence d'un troisième corps dont on ne trouve que le nom dans les ouvrages, c'est l'*isolysine*. Serait-ce la matière colorante qu'il aurait ainsi désignée par un nom particulier, ou bien l'huile fixe ?

dement en revue les principaux médicamens dont il est la base, en essayant d'apprécier la valeur de chacun d'eux.

On a pesé quatre doses de chacune 30 gram. de poudre de polygala. L'une a été soumise à l'action de l'eau distillée bouillante à deux reprises; on a employé en tout un litre d'eau; la durée de chaque décoction a été de vingt minutes. La liqueur passée et abandonnée au repos pour la séparer des parties terreuses était très-trouble, grisâtre, d'une saveur un peu amère, piquante, âcre, et prenant au gosier; faible odeur d'huile de polygala.

La liqueur évaporée fournit 10 gr. 5 d,. d'un extrait presque sec, d'une saveur d'abord douce, puis bientôt âcre.

La poudre de polygala, qui avait fourni cet extrait, avait conservé une légère saveur âcre, nauséeuse.

La deuxième portion de poudre de polygala a été traitée deux fois par infusion; elle est restée exposée une heure chaque fois à l'action de l'eau, dont on a également employé un litre. La liqueur passée et décantée paraît peu différer de la décoction; cependant elle est un peu moins trouble; sa saveur est analogue.

Le liquide évaporé donne 10 gr. d'un extrait brun jaunâtre, de même consistance que le premier, et d'une saveur analogue.

La poudre restante a aussi conservé un peu de saveur âcre, nauséeuse.

La troisième dose de polygala a été placée dans une allonge, et soumise à l'action de l'eau froide par déplacement; les premières portions écoulées sont brunes-rougeâtres, opalines. La couleur du liquide s'affaiblit bientôt, et il ne s'écoule plus que fort lentement et par gouttes très-opalines, d'une légère saveur âcre; sa quantité était de 6 onces. Il avait une saveur plus amère et plus âcre que les précédens, ce qui ne doit pas paraître étonnant puisque la proportion d'eau était moindre.

On obtient. par évaporation, 11,3 d'un extrait fort analogue aux deux premiers sous tous les rapports.

Désirant savoir si l'eau froide pouvait enlever au polygala toute sa matière âcre, j'ai exposé le dernier résidu à deux macérations successives, de six heures chacune, dans 8 onces d'eau. Les liquides passés et décantés sont émulsifs, blanchâtres, sans amertume et sans saveur piquante; ils sont seulement un peu âcres.

Ils fournissent, par évaporation, 1 gr. 6 d'un extrait brun et âcre.

La poudre de polygala, ainsi traitée, est dépourvue de saveur.

L'eau froide peut donc dissoudre tout l'acide polygalique renfermé dans le polygala.

Ces différens extraits ayant été préparés sans séparer le coagulum albumineux formé par la chaleur, il est évident qu'ils devaient se redissoudre dans l'eau en la troublant.

Avec la quatrième dose de polygala on a fait successivement deux décoctions dans l'alcool à 35°, dont on a employé en tout un litre. On filtre, et l'on évapore sans séparer la petite quantité de cire déposée par refroidissement.

Il en résulte 11gr. d'extrait jaunâtre d'une odeur nauseuse d'huile de polygala, d'une saveur également nauseuse, devenant bientôt âcre, et prenant au gosier. La poudre ainsi traitée était dépourvue de saveur âcre et totalement décolorée.

Ainsi l'alcool dissout tout aussi bien et même plus facilement que l'eau le précipité âcre de polygala.

On trouve dans certains ouvrages que la saveur de l'infusion aqueuse paraît plus âcre que la teinture alcoolique, ce qui est vrai; mais ceux qui en ont conclu que celle-ci était moins active ont eu tort. Pour le sentir il eût suffi de réfléchir que la saveur chaude et brûlante de l'alcool, émoussant momentanément le sens du goût, la langue et le gosier n'étaient plus aussi propres à percevoir la saveur âcre. Nous concevons toutefois qu'il doit exister une différence de composition entre les extraits aqueux et l'extrait alcoolique. En effet, l'eau n'a dissout qu'une faible portion d'huile et beaucoup de sels, tandis que l'alcool au contraire, a enlevé la totalité de l'huile et moins de sel.

Enfin, des extraits, préparés séparément avec la partie corticale de la racine et avec le méditullium, m'ont prouvé que l'acide polygalique était contenu en quantité beaucoup plus grande dans la partie corticale : la matière colorante prédomine au contraire dans le méditullium.

Ainsi nous ne voyons, entre le produit de l'infusion et celui de la décoction, qu'une différence de 6 décig., laquelle est trop petite pour pouvoir en tenir compte dans des opérations qui ne sont pas susceptibles d'une précision rigoureuse; ces produits sont de même nature. La méthode de déplacement a fourni une quantité d'extrait sensiblement plus grande, sans avoir épuisé totalement la racine; mais on est parvenu à enlever à celle-ci le peu de matière sapide qui lui restait au moyen de l'eau froide. Si la décoction et l'infusion ont fourni un produit moins abondant que l'eau froide, je crois pouvoir en donner la raison, en disant qu'il s'est opéré dans la racine même une combinaison d'acide polygalique, de matière colorante et d'albumine coagulée, laquelle, comme nous le savons, est insoluble dans l'eau.

Fondés sur ces résultats, nous pouvons dire que, quand il s'agira de préparer des boissons de polygala, on devra de préférence se servir de l'eau froide ou tiède, qui peut avec le temps dissoudre complétement le principe actif du polygala : on évitera ainsi la formation de cette combinaison insoluble dont je viens de parler; que si l'on est pressé, on pourra recourir à l'infusion, mais il est au moins inutile d'employer la décoction, car elle n'enlèverait pas mieux les principes actifs; elle pourrait, au contraire, donner lieu à la formation d'une plus grande quantité du composé insoluble. Quand on aura besoin d'avoir ces principes du polygala sous un petit volume, pour préparer un extrait ou une pâte, par exemple, on devra préférer la méthode de déplacement, parce qu'on peut enlever par-là à cette racine la presque totalité des corps solubles avec une très-petite quantité d'eau, et qu'on évite, par suite, l'action prolongée de la chaleur, dont l'effet ne pourrait être que

nuisible au médicament. Enfin, si pour remplir une indication thérapeutique particulière, on voulait en même temps réunir l'huile et la totalité des principes âcre et colorant, on devrait employer l'alcool à 36°. Si l'on voulait préparer de la poudre de polygala, on l'obtiendrait plus active en ne conservant que les premières portions, et rejetant le résidu, qui ne se compose pour ainsi dire que du méditullium. Mais ici je rappellerai une observation faite dans beaucoup d'autres cas, c'est que, selon qu'on aura fait un résidu plus ou moins considérable, la proportion du principe actif variera dans le produit. Enfin, si l'on voulait administrer l'acide polygalique à l'état de pureté, il faudrait l'employer en solutions aqueuses ou en pilules, et non dissout dans l'alcool, qui le laisse précipiter en grande partie par refroidissement, même quand il est faible. On devrait aussi de préférence employer l'acide polygalique libre, et non en combinaison avec les bases, dont les unes forment des sels insolubles, les autres des sels facilement transformables en sels insolubles.

L'acide polygalique libre peut sans inconvénient être associé à toute espèce de sels, si l'on en excepte le sous-acétate de plomb et le protonitrate de mercure.

Je n'ai point déterminé d'une manière précise dans quelles proportions l'acide polygalique est contenu dans le polygala, ce qui m'eût conduit à indiquer par quelle dose on peut commencer à l'administrer. Voici comment j'y ai suppleé : j'ai fait une infusion de 1 gros de polygala dans 4 onces d'eau ; d'autre part, j'ai fait dissoudre 1 grain d'acide polygalique dans une pareille quantité d'eau : les deux produits offraient un âcreté analogue. J'ai donc admis que 1 grain d'acide polygalique correspond à 1 gros de polygala.

En conséquence, la formule de la potion pectorale qui se trouve dans la pharmacopée de M. Soubeiran pourrait être remplacée par celle-ci :

Pr. :	Acide polygalique.	1 à 2 grains.
	Eau.	4 onces.
	Sirop de sucre.	2 onces.

Revue des médicamens.

Le polygala se prescrivant presque toujours sous la forme de médicament magistral, variable au gré du médecin, les formules dont il est la base ne se trouvent qu'en petit nombre dans les pharmacopées. Quand on jette un coup-d'œil général sur ces formules, on voit qu'elles pèchent presque toutes par le même défaut, celui de faire bouillir longtemps la racine et de réduire plus ou moins le liquide. Ainsi les pharmacopées de Boston, d'Édimbourg, de Londres, celles de Brugnatelli, prescrivent, pour préparer la tisane de polygala, de prendre 1 once de racine et 2 livres d'eau, et de réduire à moitié par l'ébullition.

Par cette opération il se forme, non-seulement dans la racine, mais aussi dans le liquide, une assez grande quantité de ce composé insoluble que nous connaissons ; on obtient une boisson trouble et par-là plus rebutante à boire.

On trouve dans la pharmacopée de Hambourg la préparation suivante, sous le nom de décoction pectorale.

Pr.	Rac. de polyg. de virg.	
	Lichen d'Islande.	aa 1/2 once
	Eau.	16 onces.

« Faites bouillir sur un feu doux et réduire à 1 once » de colature. »

Il serait rationnel de faire bouillir le lichen seul et d'y ajouter le produit de la lixiviation du polygala par déplacement ; ou encore de faire une simple infusion dans 5 onces d'eau et de l'ajouter à la décoction de lichen évaporée à 5 onces.

Quelques pharmacopées, et entre autres celles de Francfort et de Berlin, préparent l'extrait de polygala avec l'eau-de-vie.

L'emploi de ce véhicule ne me semble pas convenir dans ce cas, et voici pourquoi : l'huile de polygala, comme toutes les autres, n'est que peu soluble dans l'alcool à 22°, et l'on ne doit ici en obtenir qu'une portion. Si l'on veut qu'elle fasse partie du médicament, il faut l'y faire entrer en totalité, et, pour cela, employer de l'alcool fort ; si l'on veut au contraire l'exclure, il faut avoir recours à l'eau. Ici on a pris le juste milieu.

On trouve une très-bonne formule de sirop de polygala dans la pharmacopée usuelle de Van Mons, de Louvain. Il prescrit de faire infuser à une douce chaleur, pendant quelques heures, une partie de polygala dans douze parties d'eau, de passer en exprimant légèrement, et de faire un sirop avec dix-huit parties de sucre.

Ce mode d'opérer est très-rationnel ; seulement on pourrait élever un peu la quantité de sucre pour rendre plus prompte la cuite du sirop, ou bien diminuer la quantité d'eau.

Enfin, je terminerai en disant que le mode indiqué dans le Traité de pharmacie de MM. Henry et Guibourt, et dans celui de M. Soubeiran, pour les préparations aqueuses de polygala, est très-bon : ces auteurs prescrivent d'employer l'infusion, ou la macération dans l'eau tiède, et blâment la décoction.

Conclusion.

De tous les faits et de toutes les observations que j'ai rapportés, je crois pouvoir conclure :

1° Qu'il n'existe point de principe alcalin dans le polygala de Virginie ;

2° Que celui-ci doit son action thérapeutique à un principe qui n'avait pas encore été obtenu à l'état de pureté, et auquel j'ai reconnu des propriétés acides ;

3° Que cet acide, que j'ai désigné sous le nom d'acide polygalique, ayant des propriétés distinctives qui le caractérisent suffisamment, doit prendre place dans cette classe de corps ;

4° Que l'acide polygalique existe à l'état de liberté dans le polygala ;



5° Qu'il existe aussi dans le polygala, mais en quantité très-petite, un acide gras volatil analogue aux acides valérianique et phocénique ; c'est lui que j'ai désigné sous le nom d'acide virginéique, et auquel j'ai rapporté l'odeur de la racine ;

6° Que, pour extraire le principe actif du polygala, le meilleur véhicule à employer est l'eau froide ou à une température inférieure à 40°.

Sur un acide organique d'une composition nouvelle, par Justus Liébig.

Extrait d'une lettre à M. Pelouse.

M. Winkler, pharmacien distingué à Zwingenberg, m'avait envoyé il y a quelque temps un corps cristallisé obtenu, en traitant l'huile d'amandes amères par le chlore humide, et un acide nouveau qui se produit par l'évaporation de l'eau distillée d'amandes amères, à laquelle on a préalablement ajouté une certaine quantité d'acide hydrochlorique. Cet acide existe après l'évaporation sous forme de grumeaux cristallisés, il est mêlé à du sel ammoniac, dont on peut le séparer très-facilement en le dissolvant dans l'éther. Cet acide est blanc, très-soluble dans l'eau, d'une saveur très-acide ; il neutralise parfaitement les bases, et forme avec l'oxide d'argent et l'oxide de cuivre des sels cristallisés grenus, peu solubles ; il décompose les acétates, les benzoates et les formiates ; chauffé à l'état sec, il fond dans son eau de cristallisation ; à une plus forte chaleur il se décompose entièrement : on remarque une odeur très-prononcée de fleurs de pêcher, et il reste beaucoup de charbon.

D'après l'analyse de l'acide cristallisé, sa composition correspond à ces formules, $C^{16}H^{16}O^{6}$. Dans le sel de cuivre et d'argent il est à l'état anhydre, et sa formule est $C^{16} H^{14} O^{5}$. Cette formule et les circonstances sous l'influence desquelles elle se produit, prouvent bien évidemment que cet acide est une combinaison de l'acide formique et de l'hydrure de benzoïle. En retranchant de $C^{16} H^{14} O^{5}$ les élémens de l'acide formique $C_2 H^2 O^3$, il reste $C^{14} H^{12} O^2$, c'est-à-dire les élémens de l'huile d'amandes amères pure. L'eau d'amandes amères est comme on sait un mélange d'acide hydrocyanique et d'hydrure de benzoïle ; en le chauffant et l'évaporant avec de l'acide hydrochlorique, l'acide hydrocyanique est décomposé aux dépens des élémens de l'eau en ammoniaque et acide formique, qui, à l'état naissant, se combine à l'hydrure de benzoïle pour former le nouvel acide. Les expériences suivantes mettront cette composition hors de doute.

Quand on chauffe une dissolution du nouvel acide avec du peroxide de manganèse, il y a instantanément décomposition rapide avec une grande effervescence d'acide carbonique, et il distille de l'hydrure de benzoïle (huile d'amandes amères) parfaitement pur. Chauffée avec l'acide nitrique, la dissolution dégage de l'acide nitreux et de l'acide carbonique, il distille en même temps de l'hydrure de benzoïle, et, après le refroidissement de la liqueur acide, on obtient une grande quantité de beaux cristaux d'acide benzoïque. Quand on fait passer à travers une dissolution de l'acide mêlé à un excès de potasse entièrement exempte d'acide carbonique un courant du chlore, il se produit du carbonate ou du bicarbonate de potasse et du benzoate de la même base.

Le nom d'acide formo-benzoïlique convient, ce me semble, parfaitement à cet acide.

Je regarde l'existence de l'acide formo-benzoïlique comme un des faits les plus importans pour la chimie organique. Nous connaissons, il est vrai, un grand nombre d'acides formés à la manière de l'acide sulfovinique, d'un corps d'origine organique avec un acide inorganique, mais jusqu'à présent on n'avait jamais obtenu une combinaison de deux corps d'origine organique, formant un composé d'une des propriétés les plus prononcées, et pouvant être produit à volonté. Ce fait incontestable servira de base à des recherches nouvelles, et on peut bien prévoir que beaucoup de nos acides organiques, auxquels on assigne une composition immédiate, ou même que l'on regarde comme des principes immédiats, seront reconnus pour des composés binaires analogues à l'acide formo-benzoïlique. Il est possible que l'acide valérianique, l'acide de l'huile de girofle, l'acide cinnamique, l'acide hippurique, *et beaucoup d'autres*, appartiennent à cette série.

M. Lecanu a publié dans les Annales de chimie, t. 55, p. 182, des recherches sur une matière nouvelle qu'il avait obtenue en traitant du suif de mouton par l'éther ; sa composition est telle, qu'on peut la regarder comme formée d'un atome d'acide margarique et d'un atome de glycérine ; les résultats de son analyse et la décomposition qu'elle éprouve sous l'influence alcaline caustique coïncident très-bien avec cette supposition. La matière cristallisée dont j'ai fait mention au commencement de cette lettre, montrera pour un exemple que cette vue théorique pourrait bien être la vérité.

Cette matière se reproduit en faisant passer du chlore *humide* dans de l'hydrure de benzoïle ; c'est sans aucun doute le même corps que M. Robiquet a obtenu dans son expérience sur l'huile d'amandes amères et dans les mêmes circonstances. Ce corps ressemble beaucoup au benzoïle, d'après son aspect et la forme de ses cristaux on peut très-facilement les confondre, mais sa composition s'en éloigne entièrement. Sa formule est $C^{42} H^{34} O^{7}$. C'est une combinaison de deux atomes d'hydrure de benzoïle $C^{28} H^{24} O^{4}$ avec un atome d'acide benzoïque anhydre $C^{14} H^{10} O^{3}$.

Je suis occupé de quelques recherches sur l'amygdaline, il paraît que la formule est $N^2 C^{32} H^{44} O^{17}$; cependant je n'en suis pas parfaitement sûr. D'après cette composition, on peut en déduire de l'hydrure de benzoïle, de l'acide prussique, de l'acide carbonique, etc., mais les déductions ne sont nullement satisfaisantes.

En dissolvant l'amygdaline dans la potasse caustique, on obtient comme on sait un dégagement d'ammonia-

que, et il se produit encore un acide qui forme avec l'acétate de plomb bazique un sel insoluble ; j'attends de l'analyse de ce sel des éclaircissemens un peu mieux fondés.

Notice sur l'acide gallique ;

Par M. Robiquet.

En faisant quelques recherches sur la formation et sur les propriétés de l'acide gallique, j'ai été assez heureux pour trouver plusieurs modifications bien remarquables de ce singulier acide; et, désirant en quelque sorte prendre date, je viens provisoirement présenter à l'Académie les principaux résultats que j'ai obtenus, et je me propose de lui communiquer plus tard un mémoire assez étendu, qui portera le titre de faits pour servir à l'histoire de l'acide gallique.

Le premier produit sur lequel j'appellerai l'attention de l'Académie, est celui qui résulte de la réaction de l'acide sulfurique concentré sur l'acide gallique. Je m'étais aperçu qu'en distillant brusquement cet acide on obtenait une matière colorée en rouge-jaune, qui accompagnait l'acide pyrogallique, mais qu'on en peut facilement séparer au moyen de l'eau, en raison de son insolubilité dans ce véhicule.

Il se ne produit ainsi qu'une très-petite quantité de cette matière, et ce ne serait qu'en sacrifiant de grandes masses d'acide gallique qu'on pourrait en obtenir assez pour l'examiner.

Cependant j'ai pu, avec la très-petite quantité que j'en ai recueillie par ce moyen, constater quelques propriétés qui m'ont paru se rapprocher assez de celles qui appartiennent à l'acide ellagique ; or, on sait, d'après les expériences de M. Pelouze, que l'acide gallique n'en diffère que par un atome d'eau. Il s'agissait donc, pour reproduire la matière colorée, si telle était sa nature, d'obtenir sa modification d'une manière plus efficace, et j'ai cru que l'acide sulfurique m'en fournirait les moyens en raison de sa grande avidité pour l'eau. Il était cependant bien à craindre qu'un agent aussi énergique n'occasionnât la destruction totale d'un corps qui cède si promptement à de bien moindres influences ; mais cette crainte même me fit apporter les plus grands ménagemens dans cette réaction. Je fis donc un mélange de 10 grammes d'acide gallique et 50 grammes d'acide sulfurique concentré ; ce mélange d'abord assez liquide, prit bientôt la consistance d'une bouillie claire, qu'on eut quelque peine à introduire dans un matras. Je chauffai d'abord très-doucement, et dès les premières impressions de la chaleur le magma devint moins consistant et il acquit de la transparence ; c'est-à-dire que l'acide gallique fut entièrement dissous et sans que le liquide se colorât sensiblement. En continuant de chauffer, mais toujours avec les plus grandes précautions, je vis la liqueur prendre une teinte fauve, puis rosée, et, à partir delà, passer par toutes les nuances jusqu'au plus beau rouge foncé du carmin, et le liquide avait en même temps acquis de la viscosité. Arrivé à ce point, le thermomètre marquait 140°, et quelques traces d'acide sulfureux se manifestaient. Je ne voulus pas pousser plus loin, et après refroidissement je délayai peu à peu ce mélange dans l'eau froide; il se produisit un abondant précipité d'un beau rouge-brun, partie floconneux, partie grenu et cristallin. Je séparai ces deux produits l'un de l'autre par simple lévigation, et chacun d'eux fut recueilli sur un filtre à part et lavé jusqu'à soustraction totale de l'acide sulfurique. La partie la plus grenue se composait de petits cristaux brillans qui, bien lavés, ne retiennent aucune trace d'acide sulfurique. Leur couleur est le rouge-brun, assez éclatant du beau kermès : leur poids total excède toujours la moitié de l'acide employé, et peut aller jusqu'aux 2/3 si l'opération a eu un plein succès. Chauffés dans une étuve à 120°, ils diminuent de 10,5 pour 100 de leur poids, et leur couleur devient terne. Chauffés à feu nu, ces cristaux se décomposent difficilement, ils finissent cependant par se charbonner et se recouvrir de petits cristaux prismatiques, d'un beau rouge de cinabre. Analysées par l'oxide de cuivre, on arrive à la formule $C_7 H^4 O^4$, c'est-à-dire à l'acide ellagique, ou si l'on veut à l'acide gallique, moins un atome d'eau, en admettant que cette formule représente un atome de ce nouveau produit.

On y retrouve en effet toute l'insolubilité dont jouit l'acide ellagique, car l'eau bouillante n'en dissout que 3/10000 de son poids. La chaleur exerce aussi une action semblable sur chacun de ces deux produits, mais il y a une différence essentielle dans la manière dont se comportent les alcalis : on sait, par exemple, que la potasse en excès tient momentanément l'acide ellagique en dissolution, et qu'à mesure que l'excès d'alcali se combine avec l'acide carbonique de l'air, il se dépose de petites paillettes d'ellagate de potasse peu soluble ; rien de semblable n'a lieu avec l'acide rouge. Cependant il se dissout également, fait disparaître la saveur alcaline, mais ce n'est qu'au bout d'un très-longtemps qu'on voit apparaître des cristaux colorés qui sont très-solubles ; ils m'ont paru être une combinaison de l'acide rouge avec la potasse. La couleur surtout établit entre ces deux produits une grande distinction. J'ai tenté inutilement, en traitant l'acide ellagique par l'acide sulfurique, de lui donner la couleur rouge ; il a parfaitement résisté, car, après avoir subi une température de 140° en contact avec cet agent, il a repris son état primitif en le précipitant au moyen de l'eau. Il existe donc entre ces deux corps d'une même composition chimique des points de similitude et de différence, et ce n'est pas le premier exemple de ce genre.

Désirant voir jusqu'à quel point cet acide rouge possédait les propriétés des matières colorantes, j'en ai fait bouillir avec une toile mordancée en fer et alumine, et j'ai obtenu, quoique avec moins d'éclat, à peu près les mêmes nuances qu'avec la garance ; c'est-à-dire que les mordans ferrugineux, mais à différens degrés, ont fourni toutes les nuances, depuis le violet clair jusqu'au noir foncé, et les mordans alumineux toutes les nuances de rouge. Cette teinture résiste assez bien au savon bouil-

lant, mais elle est facilement détruite par le chlore. Ce résultat curieux peut faire concevoir jusqu'à un certain point comment la noix de galle intervient dans les teintures en rouge turc, parce qu'il est possible que cet acide rouge y préexiste : et en effet M. Chevreul a depuis longtemps fait mention d'une matière colorante rouge, comme faisant partie des principes constituans de la noix de galle ; ou bien cet acide se formerait pendant l'acte même de la teinture.

Ce qu'il y a de certain, c'est que l'engallage donne plus de corps à la teinture en rouge turc, et que jusqu'à présent on n'en a donné aucune raison plausible.

« Un fait sur lequel je crois devoir insister, parce qu'il m'a paru bien remarquable, c'est que l'acide sulfurique, chauffé à 130 ou à 140°, enlève un atome d'eau de composition à l'acide gallique, et qu'il ne lui enlève pas son eau de cristallisation, ou du moins qu'il la lui laisse reprendre pour se solidifier. On ne peut pas supposer que ce soit l'eau employée aux lavages qui hydrate cet acide, car ses cristaux se forment au milieu de l'acide sulfurique concentré ; et d'ailleurs, pour m'en assurer, j'ai pris la précaution de les séparer de l'acide au moyen de l'alcool anhydre, et, après dessiccation à l'air libre, ils ont perdu, comme les autres, dix pour cent environ de leur poids en les chauffant à 100°. Il me semble que si le fait est bien observé, il milite singulièrement en faveur d'une opinion que j'ai déjà plusieurs fois émise, savoir : que ce qu'on appelle souvent eau de composition dans les corps n'y est contenu que par ses élémens et non à l'état d'eau, autrement il faudrait admettre dans ce cas-ci que la portion d'eau qui entre dans la composition intime de l'acide gallique y tient moins que celle qui n'en fait pas partie essentielle. (Plus les observations se multiplient, et plus on reconnaît que, dans une foule de circonstances différentes, il y a formation ou reproduction d'eau sous telle ou telle influence, et l'on finira, je l'espère, par reconnaître que cette loi est générale, et non, comme on le prétend, restreinte à certains groupes de corps.) » Une autre réaction qui me paraît mériter également l'attention des chimistes, c'est celle qu'exerce l'ammoniaque sur l'acide gallique. On sait que cette base, ainsi que la potasse et la soude, ne peuvent demeurer en combinaison avec cet acide que sous la condition expresse de la privation du contact de l'oxygène ; autrement, comme l'a démontré M. Chevreul, il y a altération qui varie avec la proportion relative de ces corps. J'ai dit, en parlant de la singulière transformation de l'orcine en matière colorante, sous l'influence de l'ammoniaque, de l'oxygène et de l'eau, qu'une métamorphose analogue s'opérait dans les mêmes circonstances avec l'acide gallique, et que là aussi il y avait destruction sans retour de la matière, et production d'un nouveau composé coloré, dont l'azote faisait partie. Il en résulte que les gallates solubles n'ont qu'une existence éphémère, et qui ne permet pas d'en constater les propriétés ; aussi sont-ils les moins connus de tous les sels. J'ai trouvé cependant que si, sous certaines conditions, on met ces deux corps en contact à l'état anhydre, il y a combinaison réelle et formation d'un sel persistant, qui peut être dissous dans l'eau chaude ou froide, sans inconvénient, y rester en solution, du moins pour un temps assez long, se cristalliser, retenir de l'eau de cristallisation, et n'éprouver aucune altération sensible au contact de l'air. Mais le bigallate est seul dans ce cas, et, si l'on fait absorber à l'acide gallique anhydre autant de gaz ammoniac sec qu'il en peut prendre, on obtient toujours un gallate basique, quand bien même on chasserait par un séjour très-prolongé dans le vide toute l'ammoniaque absorbée par porosité, et il ne suffit même pas de saturer l'excès de base pour obtenir un sel stable ; il faut de toute nécessité doubler la portion d'acide, c'est-à-dire former un bigallate. Si, au lieu de prendre sur l'acide anhydre, on se sert d'acide cristallisé, il se manifeste, comme dans le cas précédent, une assez forte élévation de température, et de plus il y a expulsion de l'eau de cristallisation ; et comme celle-ci, à mesure qu'elle se dégage, s'imprègne d'ammoniaque, elle réagit sur les portions d'acide qu'elle touche, les noircit et en détermine la décomposition, tandis que les couches superposées demeurent incolores.

» On voit donc que l'affinité réciproque de l'ammoniaque et de l'acide gallique ne manque pas d'énergie, puisque leur combinaison se fait, non-seulement avec un dégagement très-manifeste de chaleur, mais, chose plus remarquable et bien plus rare encore pour cette hydrobase, avec élimination de l'eau de cristallisation ; et, si cette combinaison ne peut se maintenir, ce n'est pas parce que ces deux principes ont tendance à se séparer mais bien parce qu'étant unis ensemble ils peuvent, sous l'influence de l'eau et de l'oxigène, donner naissance à un nouveau produit, auquel ils concourent semblablement l'un et l'autre lorsqu'ils sont à parties égales ; mais si l'acide domine, alors son excès défend la combinaison de l'influence de l'air et de l'eau, et elle se maintient. Ces réflexions font entrevoir des points de vue assez neufs et assez piquants pour mériter qu'on y revienne, et j'en demanderai la permission plus tard. Il me reste à entretenir l'Académie d'une réaction bien remarquable. On se rappelle peut-être que j'ai fait voir, dans mes recherches sur l'acide méconique, que, chauffé à sec, cet acide se maintenait intact jusqu'à la température de 220° ; mais qu'arrivé là il perdait de l'acide carbonique et se transformait en un autre acide, qui à son tour se maintenait jusqu'à 250°, et qu'au-delà de ce terme il se transformait aussi, lui, en un troisième, moyennant l'élimination d'une nouvelle quantité d'acide carbonique.

» Depuis, M. Pelouze vit qu'il en était à peu près de même pour l'acide gallique, et qu'il pouvait subir jusqu'à 215° de chaleur sans éprouver de modification, et que ce n'était qu'à partir de ce terme qu'il se changeait en un autre acide, en perdant également un atome d'acide carbonique, mais j'avais en outre remarqué que, si au lieu de chauffer l'acide méconique seul je le mélangeais préalablement à une certaine quantité d'eau, alors l'époque de sa métamorphose était de beaucoup

dévancée, et que le dégagement d'acide carbonique, favorisé par le développement de la vapeur aqueuse, précédait même le terme de l'ébullition de l'eau. J'ai voulu voir si cette même cause pourrait avoir de l'influence sur la transformation de l'acide gallique en acide pyrogallique; et comme il ne se manifeste rien dans l'eau ordinaire, j'ai voulu m'assurer si une solution aqueuse, dont le point d'ébullition, serait plus élevé, n'aurait pas plus d'efficacité.

» J'ai fait choix pour cela d'hydrochlorate de chaux, et j'ai vu qu'en faisant dissoudre à chaud de l'acide gallique dans une solution faite avec cinq parties d'eau et deux de chlorure bien neutre et parfaitement pur, j'ai vu, dis-je, qu'en faisant bouillir cette liqueur il y avait dégagement continuel d'acide carbonique; et que, si l'on maintenait l'ébullition jusqu'à ce qu'elle puisse acquérir par la concentration de 120 à 122°, alors il se formait presque instantanément un dépôt grenu un peu jaunâtre, et qui devenait si abondant, qu'il y aurait danger, en raison des soubresauts, à continuer l'ébullition. Ce dépôt, recueilli sur un filtre, lavé à l'acide muriatique, et bien égoutté, puis arrosé successivement avec de petites quantités d'alcool à 40°, est ensuite mis à sécher entre des doubles de papier joseph fréquemment renouvelés, pour bien enlever tout l'hydrochlorate de chaux qui pourrait rester. Ce dépôt, ainsi isolé et dépouillé de toutes matières étrangères, est ensuite séché à une température de 25 à 30° ; on peut alors le laisser exposé à l'air sans qu'il éprouve aucun dommage. Examiné de près, ou, mieux encore, vu à la loupe, on reconnaît que ce dépôt est formé de petites polyèdres transparens, mais irréguliers, et l'on conçoit que, dans une création aussi prompte et pour ainsi dire aussi tumultueuse, les molécules n'ont pas pu s'arranger bien symétriquement. Cependant on y distingue quelques facettes. Ces petits cristaux rougissent très-sensiblement le tournesol lorsqu'ils ont été humectés; leur saveur rappelle celle du muriate de chaux; mais on y distingue l'arrière-goût comme sucré de l'acide gallique. Lorsqu'ils ont séjourné pendant quelques instans sur un papier un peu humide, chaque point de contact, qui d'abord ne s'aperçoit pas, forme avec le temps un etache d'un beau noir qui ne s'en va plus. Ces cristaux, une fois séchés à 25 ou 30°, n'éprouvent plus aucune perte quand on les soumet à une température de 130 ou 120.

» Je m'étais d'abord imaginé, en me fondant sur le dégagement d'acide carbonique, que ce dépôt pouvait contenir de l'acide pyrogallique, ou peut-être encore de l'acide ellagique en raison de l'aptitude du muriate de chaux à s'emparer de l'eau, et de l'insolubilité apparente du dépôt; mais j'ai été immédiatement détrompé par les premiers essais que j'ai pu faire: en effet, lorsqu'on met de l'eau sur ces cristaux, on les voit perdre leur transparence, se déliter en quelque sorte, et s'hydrater en ajoutant assez d'eau froide pour en faire une bouillie claire. On en sépare, par le filtre, une solution concentrée d'hydrochlorate de chaux, contenant quelques traces d'acide gallique, et il reste sur le filtre de l'acide gallique, qui, après avoir été bien comprimé entre des papiers sans colle, donne pour résidu de la combustion de 4 à 5 pour 100 de chaux, qu'on peut enlever en faisant dissoudre et cristalliser cet acide. Si l'on élève la température de l'eau employée au traitement de ces cristaux, ils se dissolvent entièrement, et l'on obtient par refroidissement de longues aiguilles d'acide gallique. Ce résultat ne prouverait pas, à la rigueur, qu'il n'y a pas d'acide ellagique, puisque M. Pelouze dit être parvenu une fois à le réhabiliter, par simple voie de solution, en acide gallique; mais l'expérience suivante va achever de démontrer que ce dépôt ne contient ni acide ellagique ni acide pyrogallique, et je remarquai, relativement à ce dernier, qu'il n'aurait pas pu se régénérer, par le seul concours de l'eau, en acide gallique, dont il diffère par un atome d'acide carbonique. Si l'on chauffe à feu nu, mais avec précaution, ce nouveau composé, dans une cornue de verre, on recueille d'abord un liquide incolore, mais très-acide, puis il apparaît des vapeurs d'un beau rouge rosé, qui se condensent en un liquide transparent, et viennent ensuite d'autres vapeurs qui se concrètent et se cristallisent; tant qu'il y a production de vapeurs rouges, il se dégage de l'acide carbonique. Si maintenant on examine le produit de cette distillation sèche, on trouve qu'il contient une assez grande quantité d'acide hydrochlorique libre, une matière colorante rouge très-fugace, qui, sous l'influence des acides, teint en rose les tissus de coton non mordancés, et en lilas lorsqu'on les mordance avec des corps basiques, et enfin, de l'acide pyrogallique qu'on peut obtenir presque incolore en étendant le produit d'eau, et y maintenant pendant quelques instans un flocon de coton pour s'emparer de la matière colorante. Il suffit ensuite d'exprimer ce coton, de filtrer et d'évaporer pour obtenir par refroidissement l'acide pyrogallique. Pour pouvoir mieux apprécier les modifications qu'éprouve ce nouveau composé par la distillation sèche, il faut savoir encore que le résidu est composé, lorsque la chaleur a été très-intense (1), de charbon et d'un sous-chlorure de calcium, car en dissolvant dans l'eau on obtient, comme avec le résidu de l'opération, de l'ammoniaque lorsqu'il a été poussé jusqu'à la fusion; on obtient, dis-je, un hydrochlorate basique, dont la solution, exposée à l'air, forme pellicule, comme le ferait de l'eau de chaux.

» Cela posé, rappelons-nous que le produit nouveau, dont il est ici question, ne perd point d'eau par son séjour dans une étuve chauffée à 100°; qu'il n'attire pas l'humidité de l'air; qu'il rougit le tournesol lorsqu'on l'humecte; qu'il est cristallin, et par conséquent qu'il réunit tous les caractères d'une combinaison parfaite, et qui, selon toute apparence, ne peut être considérée que comme formée par la réunion de l'acide gallique

(1) Si l'on ménage assez la température pour ne pas faire rougir la cornue et cesser l'action lorsqu'il ne se dégage plus de vapeurs rouges, le résidu est gris cendré, et conserve son brillant cristallin. Je ne l'ai point encore examiné dans cet état.



anhydre avec le chlorure de calcium, ou, si l'on veut, un gallate acide de chlorure de calcium, dans lequel celui-ci ferait fonction de base. Nous allons voir qu'en partant de ces données, on peut facilement se rendre compte de tous les faits observés. Nous avons déjà dit qu'il suffirait de rendre de l'eau à ce produit pour régénérer l'acide gallique et l'hydrochlorate de chaux qui ont concouru à sa formation, et l'on conçoit que, par la distillation sèche, l'acide gallique se décompose de manière à fournir, comme nous l'a enseigné M. Pelouse, des acides carbonique, pyrogallique et métagallique; que ce dernier, en réagissant sur le chlorure par son hydrogène, produit de l'acide hydrochlorique qui se dégage, et que par contre du charbon soit mis à nu, et qu'il y ait production de matière colorante, et enfin que du calcium se trouve en excès par suite de la soustraction d'une partie de chlore. Cette explication est si simple et si concordante avec les faits, qu'elle sera, je pense, admise par tout le monde. Aussi il demeure bien constaté que l'acide gallique desséché et le chlorure de calcium peuvent se combiner ensemble, et qu'ils ont dans cet état anhydre une telle affinité l'un pour l'autre, qu'ils se séparent au milieu d'un liquide qui contient encore assez d'eau pour retenir en solution, même à froid, tout l'hydrochlorate de chaux restant, car elle est assez peu concentrée pour ne pas cristalliser par refroidissement. Ainsi, c'est bien par affinité réciproque et non pas faute d'eau que ces deux corps s'unissent. Je donnerai, dans le mémoire que je me propose de publier prochainement, tous les détails relatifs à la production et à la composition de ces corps, dont je n'ai voulu aujourd'hui que constater l'existence. »

Recherches sur les chlorures et oxides de mercure; par Robert Kane.

L'action de l'ammoniaque sur le sublimé corrosif a depuis longtemps été observée; plusieurs faits ont été indiqués, et tous les chimistes qui l'ont étudiée ont obtenu des résultats différens quant à la composition, et chacun a proposé son hypothèse. Il devenait donc nécessaire d'examiner cette réaction plus complétement, afin d'en tirer une conclusion définitive.

L'ammoniaque agit sur le sublimé de deux manières. Grouvelle et Rose ont examiné la réaction du gaz sur le sublimé sec, et les mémoires de Fourcroy, Hennell, Guibourg, Soubeiran et Mitcherlich, sur sa réaction à l'état liquide, prouvent l'importance que ces chimistes y ont attachée. L'ammoniaque liquide versée dans une solution de sublimé y produit un précipité laiteux, se déposant lentement, et ressemblant à de l'alumine récemment précipitée.

Si ce précipité est obtenu à chaud, ou qu'on le lave bien, il prend une teinte jaune. Soumis au contraire à l'ébullition dans sa liqueur, il en résulte une poudre d'un jaune serin, très-pesante et grenue.

Ce précipité blanc est entièrement insoluble dans l'eau. Sa solution apparente est le résultat de sa décomposition, ou de ce que l'un ou l'autre de ses élémens entre dans de nouvelles combinaisons.

Chauffé dans un tube de verre fermé à une extrémité, il se dégage un mélange d'ammoniaque et d'azote en se décomposant au-dessous de la chaleur rouge, et il se sublime du calomel, noirci ordinairement par un peu d'ammoniaque, dont on peut facilement le débarrasser. Le précipité blanc se dissout bien dans l'acide nitrique ou muriatique. Mêlé avec de la potasse, soude, chaux ou baryte, il se dégage de l'ammoniaque, la masse devient jaunâtre, mais la décomposition n'est jamais complète.

Nous indiquerons plus tard la nature de ces produits: mais il est à remarquer que jamais un alcali ne dégage même en excès, tout l'ammoniaque.

L'iodure de potassium produit un précipité rouge de deutoiodure de mercure, tout l'ammoniaque se dégage, et la liqueur tient en solution de la potasse caustique. Le sulfure de barium agit de même, et le mercure se dépose à l'état de bisulfure.

Afin d'obtenir un précipité d'une pureté parfaite, il est nécessaire de prendre quelques précautions. Une solution froide de deutochlorure de mercure doit être traitée par un léger excès d'ammoniaque, le tout est alors jeté sur un filtre, et bien égoutté avant d'être lavé. On peut alors le laver avec une quantité d'eau suffisante pour déplacer la liqueur première, mais cela avec grand soin, car l'eau froide en décompose quelques portions, et le précipité perd sa couleur laiteuse. Ayant ainsi obtenu un précipité que je regardai comme pur, j'en fis l'analyse, considérant que les chimistes qui ont étudié ce corps ont tous trouvé une composition différente à ce précipité. Je répétai plusieurs fois mon analyse, afin d'en tirer un terme moyen; et, en outre, je changeai mon mode d'analyse, 1° lorsqu'on précipite une solution de sublimé par l'ammoniaque, le mercure est contenu dans le précipité et une portion de chlore reste en solution à l'état de sel ammoniac. Cent grains de sublimé furent dissous dans de l'eau froide; on décomposa la solution par un léger excès d'ammoniaque, et le précipité fut recueilli et lavé sur un filtre taré à l'avance. Le précipité fut séché et pesé avec soin, et la liqueur ajoutée aux lavages fut acidulée par de l'acide nitrique et précipitée par du nitrate d'argent; le chlorure obtenu fut recueilli sur un filtre taré; et sa quantité fut déterminée.

Cette analyse a donné les résultats suivans:

Expérience.	Précipité.	Chlore dans la liqueur.
1re	91,3	12,6
2e	92,4	13,3
3e	92,9	13,15
4e	95,4	12,7
5e	93,4	12,95
Termes moyens.	93,1	13,00

100 grains de sublimé sont représentés par, mercure

74,09, chlore 25,91. La quantité de chlore contenue dans la liqueur était donc moitié moins que celle contenue dans le sublimé; donc, dans 93,1 de précipité blanc nous avons, mercure 74,09 + chlore 12,91.

2° Le précipité blanc, lorsqu'on le chauffe, donne des gaz, de l'eau et du calomel.

Voici l'expérience : on souffla une boule à l'extrémité d'un tube qui fut ensuite taré; on y introduisit ensuite du précipité blanc; l'appareil fut pesé de nouveau, et l'augmentation de poids indiqua la quantité de précipité. On chauffa de manière à sublimer sans perte le calomel, tout en chassant l'eau qui aurait pu se condenser sur les parois du tube. Le calomel était noir, mais l'appareil étant refroidi au contact de l'air, et le calomel étant chauffé de nouveau, il devint parfaitement blanc.

L'appareil fut pesé de nouveau, et la perte en poids donna la quantité de gaz, l'excédant de la tare du tube donna le poids du calomel, qui nous indique la quantité de mercure et de chlore.

N° des expériences.	Matières employées.	Calomel.	*Id.* pour 100.
I.	20,42	18,95	92,80
II.	19,42	18,07	92,53
III.	12,14	11,28	92,91
IV.	14,71	13,79	93,68

Ces résultats nous donnent pour cent de précipité, terme moyen, 92,98 de calomel ou (Hg 79,14, Ch 13,84).

3° Le calomel, traité par les agens chimiques pour en obtenir le mercure, en donna dans une première expérience 77,3 pour cent de précipité; dans une seconde, 78,1, ce qui fait 77,7 pour cent, terme moyen.

4° 105,40 de précipité blanc, dissous dans l'acide muriatique, et traitée par l'hydrogène sulfuré, donna un précipité noir qui fut bien lavé et déposé sur un filtre pesé. Les eaux de lavages furent, ainsi que la liqueur, évaporées à siccité, et le résidu pesé. On obtint 95,23 de bisulfure de mercure, ou mercure 82,17, soufre 13,06; et 23,57 de sel ammoniac ou acide muriatique 16,04, ammoniaque 7,55; ou mieux mercure 77,96 × ammoniaque 7,16.

5° 100 grains de précipité blanc furent introduits dans une fiole munie d'un tube recourbé. On versa dans la fiole une solution de sulfure de barium. Le tube plongeait dans une éprouvette contenant de l'acide muriatique étendu d'eau. La chaleur dégagea de l'ammoniaque et de l'eau; le liquide de l'éprouvette fut alors évaporé à siccité. Il resta 21,57 gr. de sel ammoniac ou acide chlorydrique 14,85, ammoniaque 6,72. L'iodure de potassium employé de la même manière donna pour 100 grains 19,83 de sel ammoniac.

6° On a regardé le précipité blanc comme composé d'une quantité d'oxygène suffisante pour suroxider tout le mercure. Jusqu'à présent mes résultats ne me donnent point cette conclusion. En effet, chauffé dans un tube il ne donne pas d'oxygène; cet oxygène formerait donc de l'eau aux dépens de l'ammoniac. Pour m'en assurer, je recueillis l'eau, pour déterminer d'après le poids de l'eau, la quantité d'oxygène contenue dans le précipité blanc. Dans une petite cornue bien tarée, à laquelle était adaptée un tube contenant tantôt de la potasse caustique fondue, tantôt de la chaux non éteinte; et, communiquant à l'aide d'un petit tube avec la cuve à mercure, j'introduisis du précipité blanc, la cornue fut de nouveau pesée aussi bien que le tube servant à dessécher. On chauffa la cornue jusqu'à sublimation du calomel. L'eau fut tout absorbée par le tube, et l'azote et l'ammoniaque recueillis sous une cloche. Dans ma première expérience, j'obtins 0,22 d'eau pour 22,21 de précipité, deuxième expérience sur 20,47 de précipité, 0,14 d'eau. Le mélange de gaz, réduit à la température et à la pression voulue, était de 4,24 pouces cubiques, dont 2.67 furent absorbés par l'eau, et il y avait à déduire de ce qui restait 0,23 pour l'air de l'appareil; donc il restait 1,34 pour cent, ou en poids

Ammoniaque.	0,488gr.
Azote.	0,404

Voici le résultat des quantités d'eau que j'ai obtenues dans deux autres expériences :

	Précipité.	Eau.	Eau pour 100.
Expérience 3°.	12,14	00,8	0,658
Expérience 4°.	19,42	»	»

Ce qui nous donne terme moyen 0,583 pour cent d'eau, mais probablement une portion provient de son humidité hygrométrique ou de son imparfaite dessiccation.

Le terme moyen de tous mes modes d'analyse est donc, quant à la composition du précipité, de

Mercure.	78,60
Chlore.	13,85
Ammoniaque.	6,77
Eau.	0,58
Perte.	0,20
	100,00

La composition du précipité blanc est admise par les chimistes comme étant formée d'un atome de peroxide de mercure, et d'un atome de sel ammoniac (1). La grande différence dans la quantité de mercure nous prouve évidemment la fausseté de cette théorie; et en outre mes recherches ont assez prouvé qu'une quantité aussi grande d'oxygène ne pouvait pas y exister.

De la poudre formée par l'action de l'eau sur le précipité blanc.

On s'accorde à dire que l'action de l'eau bouillante

(1) Il ne faut pas confondre le précipité blanc dont il est ici question ave le *précipité blanc* du Codex de Paris, ce dernier est le protochlorure de mercure.

(*N. du Rédacteur*).



décompose entièrement le précipité blanc en bioxide de mercure ; cette expérience ne m'a pas réussi, au contraire, bouilli dans l'eau il devint d'un jaune serin, grenu, et facile à sécher. Cette poudre n'est pas entièrement insoluble dans l'eau ; chauffée, elle donne de l'azote, de l'ammoniaque, de l'eau, et il se sublime un mélange de calomel et de mercure métallique. Elle se dissout bien dans les acides nitrique ou muriatique. Les alcalis en altèrent seulement la couleur ; traitée par l'iodure de potassium, il se dégage de l'ammoniaque, et il se forme une poudre brune.

Le précipité de 100 parties de sublimé étant ainsi traité et bouilli, le précipité, devenu jaune, fut recueilli sur un filtre, et la liqueur et les lavages traités et précipités par le nitrate d'argent.

Voici le terme moyen de plusieurs expériences.

Poudre jaune 83,83, chlore dans la liqueur 18,89.

Nous voyons donc que trois parties du chlore du sublimé seraient dans la liqueur, et la quatrième et tout le mercure dans la poudre jaune

Lorsque du précipité blanc déjà préparé est bouilli dans l'eau, on obtient une poudre jaune, et la liqueur surnageant ne contient que du sel ammoniac. Cette réaction nous donnera la composition de la poudre jaune. Le chlore du sel ammoniac fut précipité par le nitrate d'argent, et son poids fut déterminé. Quatre expériences de ce genre donnèrent cette composition à la poudre jaune, mercure 78, 60, chlore 7,56.

100 grains de précipité blanc bouillis dans l'eau donnèrent 91, 15 de poudre jaune, et la liqueur évaporée à siccité donna 10,23 de sel ammoniac.

Action des alcalis en excès sur le précipité blanc.

Grouvelle et d'autres chimistes disent qu'un excès d'alcali volatil dans une solution de sublimé produit l'ammoniure de mercure, découvert par Fourcroy et examiné par Guibourt.

Dumas dit aussi qu'en traitant le précipité produit par l'ammoniaque, par la potasse caustique, on obtient cet ammoniure. Comme mes résultats furent les mêmes que ceux décrits dans le mémoire de Rose, je me bornerai à donner la composition de cet ammoniure. En effet, MM. Rose et Grouvelle ont bien démontré que du gaz ammoniac passant à travers du sublimé fondu, était absorbé et qu'il se formait une masse blanche, dont voici la composition :

$$4\,(2\,\text{Ch.} + \text{Hg}) + 4\,\text{NH}^5.$$

Action de l'ammoniaque liquide sur le calomel.

M. Hennel dit que le calomel décomposé par l'ammoniaque donne une poudre noire composée de 96 de mercure de 4 d'oxigène.

Mes résultats sont différens.

Chauffé dans un tube, la poudre noire donna des traces d'eau, de l'azote, de l'ammoniaque et un mélange de calomel et de mercure métallique, 148, 15 grains de calomel bouillis avec excès d'ammoniaque donnèrent 141,92 grains de poudre noire, et la liqueur, acidulée et traitée par le nitrate d'argent, donna un chlorure qui, étant sec, pesait 44,44 gr.

Une autre expérience fut faite, et voici le terme moyen des deux ; le calomel étant un composé de Hg 85 117 + Ch 14,883 pour cent parties, nous aurons pour la composition de la poudre noire :

Mercure.	88.91
Chlore	7,95
Autres matières	3,14
	100,00

J'employai le moyen suivant pour connaître la quantité d'ammoniaque, 66,43 grains mis dans une fiole munie du tube recourbé furent mis en contact avec l'iodure de potassium.

La fiole fut chauffée et le tube plongé dans de l'acide muriatique faible. Tout l'ammoniaque fut dégagé, et le liquide, évaporé à siccité, donna 6,96 grains de sel ammoniac, ou 3,36 pour 100 de poudre noire. En voici donc la composition :

Mercure.	88,33
Chlore.	7,95
Ammoniaque	3,36
Perte.	0,36

Action de l'ammoniaque sur le peroxide de mercure.

Pour préparer l'ammoniaque de mercure, je précipitai une solution de sublimé par la potasse caustique. Le précipité bien lavé fut mis en digestion pendant plusieurs jours dans une fiole contenant de l'ammoniaque. Sa couleur devint moins foncée, mais jamais blanche. J'en préparai aussi en faisant bouillir le précipité dans l'ammoniaque jusqu'à ce qu'il cessa de se décolorer. La chaleur aidait beaucoup la réaction. J'employai indifféremment ces produits pour l'analyse, mais jamais mélangés. Cet ammoniure chauffé donna de l'ammoniaque, de l'eau, et devint rouge comme du bioxide; mais refroidi il perd cette couleur et est évidemment de l'ammoniure non altéré. Cette réaction ne consiste pas dans la séparation de l'ammoniure en bioxide et en ammoniaque ; car depuis le commencement jusqu'à la fin il se dégage de l'eau, de l'ammoniaque, de l'azote, de l'oxigène et du mercure métallique.

Jeté sur un charbon ardent il détonne faiblement, beaucoup moins que l'or fulminant : il se dissout bien dans l'acide nitrique ou muriatique.

72,07 grains furent dissous dans l'acide muriatique. La liqueur étendue d'eau donna par le traitement de l'hydrogène sulfuré 70,08 de sulfure.

Les liqueurs évaporées donnèrent 9,21 grains de chlorhydrate d'ammoniaque; donc supposons que le mercure y existe à l'état de bi-oxide, nous aurons pour 100 parties :

Mercure.	83.90
Oxygène.	6,63
Ammoniaque.	4.07
Eau et perte.	5,40

Convaincu que cette eau n'était pas une erreur, mais qu'elle entrait dans la composition, j'en décomposai 12,38 grains dans une petite cornue, munie d'un tube contenant de la potasse caustique, à l'effet d'absorber l'eau. Après l'opération le tube avait augmenté en poids de 0,67 ; et le mercure sublimé dans le col de la cornue était de 10,35. Nous avons donc pour résultat sur 100 grains :

83,62 mercure,
5,39 eau,
19,99 pertes et gaz.

Les gaz sont de l'oxigène et de l'ammoniaque, ce premier étant à l'état de bi-oxide de mercure, ce qui fait :

Mercure.	83,62
Oxygène.	6,60
Ammoniaque.	4.30
Eau.	5,39

Encyclographie

DES

SCIENCES MÉDICALES.

REPRODUCTION EN LANGUE FRANÇAISE DES OUVRAGES PÉRIODIQUES PUBLIÉS EN ANGLETERRE, EN ALLEMAGNE ET EN ITALIE SUR CES SCIENCES;

SAVOIR :

MEDICO-CHIRURGICAL REVIEW, BY JAMES JOHNSON;
MEDICAL QUARTERLY REVIEW;
DUBLIN JOURNAL;
LONDON MEDICAL GAZETTE;
LONDON MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL;
THE LANCET;
EDIMBURGH MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL;
MEDICO-CHIRURGICAL TRANSACTIONS;
JOURNAL FUER CHIRURGIE UND AUGENHEILKUNDE, VON GRAEFE UND WALTHER;
JOURNAL DER PRACTISCHEN HEILKUNDE, VON HUFELAND UND OSANN;
WISSENSCHAFTLICHE ANNALEN DER HEILKUNDE, VON HECKER;
PREUSSISCHE MEDICINISCHE ZEITUNG;
FRORIEP'S NOTIZEN AUS DEM GEBIETE DER NATUR UND HEILKUNDE;
HEIDELBERGER MEDICINISCHE ANNALEN;
CLARUS UND RADIUS, BEITRAEGE, ETC.;
WUERTEMBERG'SCHES MEDICINISCHES CORRESPONDENZ-BLATT;
MUELLER'S ARCHIV FUER ANATOMIE, PHYSIOLOGIE, ETC.
ZEITSCHRIFT FUER GEBURTSKUNDE;
CASPER'S WOCHENSCHRIFT;
OMODEI, ANNALI UNIVERSALI.

BRUXELLES,
ÉTABLISSEMENT ENCYCLOGRAPHIQUE, FAUBOURG DE FLANDRE.

1836.

THE LANCET.

HOPITAL DU NORD DE LONDRES.

Emploi du seigle ergoté.

Marguerite B......, âgée de 40 ans, fut admise le 22 juillet à la clinique du docteur Elliotson; mariée et mère de seize enfans, elle s'est toujours bien porté jusqu'à peu près il y a dix-huit mois; vers cette époque elle a éprouvé des accès hystériques après avoir fait un travail violent. Elle est maintenant sujette à des hémorrhagies vaginales depuis à peu près 7 mois, époque à laquelle ses menstrues parurent. Un liquide aqueux est sécrété de temps en temps, elle perd quelquefois un demi-pot à la fois de ce liquide, qui est bientôt suivi d'une masse charnue noirâtre ressemblant beaucoup au parenchyme du foie; lorsqu'elle est délivrée de cette masse elle ressent des douleurs semblables à celles de l'enfantement. Cet écoulement de liquide clair et de caillots est revenu à chaque époque ordinaire de la menstruation, et continue même pendant une quinzaine de jours et quelquefois plus; elle se trouve maintenant sans forces, elle se plaint beaucoup d'un sentiment de douleur et d'oppression de la poitrine, mais il n'y a pas de sensibilité extérieure qui puisse indiquer l'endroit précis où siége le mal; la face et la peau sont décolorées, la langue est blanche; la malade peut faire facilement une large inspiration. Elle éprouve un sentiment de pesanteur vers l'épigastre et de difficulté à respirer lorsqu'elle essaye de se mouvoir. Les moindres causes excitent des palpitations du cœur. Selles régulières, pouls donnant 90 pulsations, et présentant un développement assez grand. On entend un son rauque extraordinaire à chaque systole du cœur et vers le centre de la troisième pièce du sternum. On examine le vagin et le col de la matrice, mais rien ne s'y fait remarquer.

23 juillet. On ordonna, afin de soutenir les forces de la malade et de la tirer de cet état anémique, un scrupule de seigle ergoté à prendre toutes les quatre heures, et un scrupule de la teinture de muriate de fer trois fois le jour.

25. L'écoulement qui avait reparu fut combattu par deux doses de la poudre susdite.

26. Il y a eu ce matin un écoulement léger après un accès de toux. Hier pas de perte. On ordonne que la dose du seigle ergoté soit diminuée, elle sera de 15 grains, parce qu'il paraît que les poudres ont donné des nausées. La préparation de fer sera donnée jusqu'à un demi-drachme.

9 août. Plus de pertes, mieux sous tous les rapports. Renvoyée aujourd'hui avec des médicamens pour 15 jours.

Goutte. — Un peintre, âgé de 59 ans, était dernièrement à l'hôpital; cet homme avait toujours été sobre, il y avait vingt-cinq ans qu'il avait éprouvé un accès de goutte, et jamais depuis cette époque il n'avait ressenti le moindre symptôme du mal qui l'avait forcé à venir nous demander des soins. Cette attaque de goutte fut dissipée en quinze jours. Le malade fut rétabli par des toniques. Le docteur Elliotson ne remarquait que de la faiblesse. Le père de cet homme avait été goutteux.

Le docteur Elliotson fit mention d'un cas pareil: un gentilhomme avait, à l'âge de 30 ans, éprouvé une attaque de goutte qui l'avait fait beaucoup souffrir, et il n'avait jamais éprouvé de nouvelle attaque quoiqu'il fut parvenu à l'âge de 77 ans.

Hydriodate de potasse dans le rhumatisme.

Ire Obs. — Anne Gillis, âgée de 39 ans, fut admise le 26 juillet à la clinique du docteur Elliotson. Elle est blanchisseuse; sa santé avait été auparavant bonne, et elle n'avait été sujette à des rhumatismes que l'hiver dernier; depuis quatre à cinq mois elle avait souffert dans les reins, et surtout dans l'articulation de la hanche et de la cuisse; la douleur et la raideur étaient très-fortes le matin. Depuis sept semaines les douleurs étaient augmentées de telle sorte qu'elle fut forcée de se mettre au lit. A cette époque elle fut consulter un médecin qui la saigna et appliqua un vésicatoire sur la hanche droite. Vendredi dernier il lui fit appliquer un autre vésicatoire sur les reins, ce qui lui procura beaucoup de soulagement; elle avait pris une mixture avec le colchique. Les symptômes qui se présentent en ce moment sont les suivans :

Douleurs de reins diminuées depuis quelques jours; les douleurs se font sentir, le long du nerf sciatique, et il y a de la sensibilité vers la hanche droite. La chaleur était très-élevée les premiers jours, elle est diminuée de beaucoup. La chaleur diminue le mal, et il est augmenté dans les mouvemens des membres; la malade est mieux à son aise lorsqu'elle se couche sur le côté malade. Sa profession de blanchisseuse l'expose souvent à des courans d'air; dans des temps chauds, les selles sont arrêtées : langue saine; pouls donnant 76 pulsations; menstruation régulière; peau moite. On lui prescrit une infusion de feuilles de séné, et trois grains et demi d'hydriodate de potasse dans une mixture de camphre, à prendre en trois fois dans la journée.

Le 28 juillet. Même état. Le 30, l'hydriodate de potasse est donné jusqu'à 7 grains et demi. 31, douleurs à la hanche diminuées. Le 2 août, hydriodate de potasse, 11 grains. 16 août, beaucoup mieux. 17. Renvoyée guérie avec une potion à continuer pendant 15 jours.

IIe Obs. — Le 26 juillet, John Williamson, âgé de 35 ans, fut admis à la clinique; c'est un tisserand d'é-

toffes de soie, il est sobre et souffre de rhumatismes depuis 18 mois; il a déjà été traité dans un hôpital de la Métropole, mais sa santé n'a point gagné par le traitement. Il se plaint beaucoup de douleurs qui s'étendent du vertex le long de la moelle épinière jusqu'aux reins.

Il ressentait égalcment des douleurs le long du nerf sciatique à sa sortie du bassin. Les douleurs s'apaisent par la chaleur; il a toujours froid; langue blanche; soif intense. On lui ordonne trois grains d'hydriodate de potasse à prendre trois fois dans la journée, et une goutte de créosote pour lui enlever ses frissons : il en prend trois fois par jour. Un bain chaud tous les jours. 29 du même mois, mieux, douleurs et sensibilité diminuées. 30, créosote 2 grains, hydriodate de potasse cinq grains. Le 2 août, mieux, augmentation de la créosote à trois gouttes, hydriodate de potasse 6 grains; un abcès qui s'était formé sous la joue fut ouvert; des portions d'os tombèrent de la joue il y a quelques jours. 3 août, mieux, mais le malade accuse des souffrances dans le dos s'étendant jusqu'à la tête. Il peut maintenant se réchauffer lui-même, repose mieux. Potion purgative. 4, douleurs dans le côté et derrière la tête; nuit mauvaise. 8 grains d'hydriodate de potasse. 5, mieux complet. Renvoyé guéri le 16.

Tumeur anomale de l'abdomen.

Marguerite Leary, Irlandaise, âgée de 36 ans, d'une constitution faible, teint pâle et jaune, fut admise le 26 juillet à la clinique de l'hôpital. Elle est mariée, a eu trois enfans et a fait une fausse couche, qui eut lieu il y a trois ans à la suite d'une chute sur un escalier, dans lequel elle se blessa profondément à la région iliaque gauche. Avant l'avortement, elle pouvait sentir une petite tumeur dans cette même partie, mais elle ne s'apercevait pas du tout de son accroissement, bien qu'elle l'observât depuis longtemps; ce n'est qu'après sa fausse couche qu'elle pût constater que cette tumeur augmentait de volume. Depuis cette époque l'accroissement se fit très-rapidement pendant l'espace de deux ans jusqu'au point où elle est arrivée au moment où la femme se présente à notre observation. La tumeur ayant cessé de s'accroître, elle ressentit des douleurs dans l'abdomen entier, augmentant par la pression, et accompagnées de symptômes fébriles; elle a été réglée ordinairement depuis l'avortement. Sa santé a souffert depuis quelque temps; il y a à peu près trois semaines qu'elle a souffert de l'estomac et dans les aînes: ces douleurs étaient suivies d'une prostation de forces considérable et de sueurs froides; il y avait douleur dans les côtes, le dos et plusieurs autres endroits, douleur qui continua jusqu'au jour suivant, lorsque les règles firent leur apparition. Elle s'enrhuma, dit-elle, et elle suppose que la menstruation fut arrêtée des suites du rhume; il y avait deux mois que les règles étaient supprimées; l'abdomen s'accroissait graduellement en volume et se durcissait.

A son admission à la clinique la tumeur fut trouvée être située dans la région iliaque et lombaire gauche, s'étendant en travers de l'abdomen; elle est très-large et donne le toucher d'une tumeur osseuse très-facile à déplacer; l'abdomen est très-tendu, contient une grande quantité de sérosité et est légèrement douloureux à la pression; douleur aiguë dans la région hypochondriaque droite; selles régulières, urine fortement colorée, épaisse, en quantité ordinaire, la malade se plaint de froid.

On ordonne l'application de 8 sangsues vers la partie douloureuse, ainsi qu'une potion apéritive et anodine. Les sangsues soulagèrent la malade.

Le 1er août, M. Liston fit la paracenthèse de l'abdomen et obtînt 13 pintes de sérosité. Boissons anodines, huile de ricin le lendemain matin.

2. Moins de douleurs dans l'abdomen, mal augmentant dans la région de la tumeur; la femmme est faible et demande souvent à boire; elle a reposé la nuit; les règles reparaissent; pouls donnant 90 pulsations; le ventre est un peu libre; selles présentant des matières fécales noires.

3. Mieux, point de douleurs dans l'abdomen, excepté dans la région où la paracenthèse a été pratiquée; pouls à 80 pulsations et mou; soif moins grande; parler plus facile; boissons anodines toute la nuit; potion laxative de feuilles de séné à prendre de suite.

4. Nuit mauvaise, la malade l'attribue à sa potion.

Quant au reste, elle va mieux. Depuis cette époque elle continue graduellement à mieux se porter jusqu'au 10. La sérosité est encore sécrétée, car l'ouverture faite à l'abdomen en laisse encore échapper, l'abdomen n'en est cependant pas augmenté.

℞.	Iodinæ	℈j.
	Hydriodat potassæ.	℈iij.
	Aquæ.	℥is.
	Fiat haustus ter die sumeid.	
℞.	Plumb. Iodat.	ʒij.
	Adeps	℥ij.
	Unguentum.	ʒj.
Fiat	App. abdominis bis die.	

Elle continua ces médications jusqu'au 15 du mois, et fut obligée de quitter l'hospice à cause des soins qu'elle devait aller donner à un de ses enfans.

(*Août* 1836).

MEDICO-CHIRURGICAL REVIEW.

Observations sur une maladie de reins, accompagnée de sécrétion d'urine albumineuse (Compte rendu de l'hôpital de Guy, à Londres); par le docteur Bright.

L'importance médicale du sujet, ainsi que le mérite de l'auteur nous ont engagé à consacrer un article spécial à l'examen de cette partie du rapport de l'hôpital de Guy. Il traite d'une maladie que l'on ne trouve point décrite dans les auteurs et il serait difficile de savoir, à notre avis, si cela tient à ce que l'affection, dont nous allons décrire les symptômes, est devenue plus fréquente dans ces derniers temps ou bien à ce que les médecins l'ont mieux reconnue et découverte; toujours est-il que nous considérons l'espèce de maladie appelée vulgairement *dégénération blanche*, *granulations*, etc., comme devenant beaucoup plus fréquente et conséquemment mieux connue tant pour ses symptomes que pour son traitement. Le docteur Bright qui a donné une attention toute particulière à ces maladies dangereuses, assure que depuis 12 ans qu'il s'en occupe, plus de 500 personnes périssent annuellement à Londres des suites de maladies de reins jusqu'ici mal appréciées, et que le résultat en est d'autant plus fatal que leur germe s'est implanté de bonne heure dans l'organisme, en même temps que de longs intervalles d'apparence de santé ont trompé les malades sur leur état.

Les maladies aiguës, la scarlatine par exemple, l'hématurie, l'intempérance sont souvent les causes premières d'une maladie de reins, et nous avons remarqué que les moyens thérapeutiques avaient été inutiles, surtout lorsque la cause prenait son origine dans l'intempérance, dans le jeune âge. L'histoire de la maladie et ses symptômes sont retracés dans les lignes suivantes du rapport.

« Un enfant, ou un adulte est affecté de scarlatine ou de quelque autre maladie aiguë; ou bien ce dernier s'est adonné à l'usage immodéré de liqueurs fortes pendant plusieurs mois ou plusieurs années; il s'est soumis habituellement ou accidentellement à des causes de refroidissement et de suppression subite de perspiration cutanée; il trouve la sécrétion de son urine augmentée ou légèrement teinte de sang, ou bien, sans faire aucune de ces remarques, le matin il se réveille, la face, les chevilles gonflées, et les mains œdémateuses. Si, dans cet état, il arrive qu'il s'adresse à un médecin qui connaît la cause et la nature du mal, on note alors, que l'urine contient déjà une quantité notable d'albumine. Le pouls est dur et plein, la peau sèche, le malade se plaint de maux de tête, il éprouve un sentiment de pesanteur et de gêne à la région lombaire. Les symptômes les plus alarmans pour le malade et les plus superficiels disparaissent souvent après un traitement plus ou moins actif, quelquefois même ils disparaissent d'eux-mêmes sans médication; alors on ne remarque plus ce gonflement de la face et des membres, au moins il n'est plus aussi remarquable; l'urine reprend ses apparences ordinaires et ne paraît plus contenir de particules rougeâtres, et suivant l'espèce d'importance attachée à ces symptômes, on les perd graduellement de vue ou même on les oublie tout à fait.

» Néanmoins, de temps à autre, la face est bouffie, la peau est sèche, les maux de tête reparaissent avec assez de fréquence, et le sommeil est interrompu par de fréquentes envies d'uriner. Quelque temps après les couleurs qui annonçaient la santé se ternissent et donnent à la figure cet air de pâleur et de souffrance que le médecin observateur attribue à une cause profondément enracinée dans l'organisme; le sentiment de faiblesse et de souffrance des reins ne fait qu'augmenter. Les maux de tête, souvent accompagnés de douleur à l'estomac et de vomissemens dérangent encore l'économie et augmentent le malaise général; enfin un sentiment de lassitude, d'abattement et de langueur s'empare du corps et abat le moral. Le malade a de nouveau recours au médecin. Dans le cas où la maladie est reconnue, l'urine est soumise à une analyse minutieuse; alors presque chaque essai démontre une quantité considérable d'albumine, ainsi qu'une diminution d'urée. Si l'on saigne dans l'espoir de diminuer l'oppression générale, le sang est couenneux, ou le sérum est laiteux et opaque, et la haute analyse a fait voir que l'albumine y avait diminué de proportion, tandis que l'urée y a été trouvée en quantité notable. Dans le cas où la maladie est méconnue, le praticien s'occupe du foie, de l'estomac, du cerveau, sans jamais arriver au véritable siége du mal. L'œdème varie, il augmente, il diminue; le moral est tantôt relevé tantôt abattu, les sécrétions de la peau ou des reins sont augmentées ou diminuées, souvent en raison inverse, souvent sans qu'il paraisse y avoir la moindre corrélation; le malade est de nouveau rendu à la santé, il reprend ses occupations, ou bien il arrive qu'il est quelquefois moins heureux; la bouffissure augmente, l'urine devient rare, les forces vitales semblent diminuer, les poumons deviennent œdémateux, et le malade descend au tombeau dans un état d'asphyxie où de coma. Il arrive encore qu'un épanchement séreux s'effectue subitement dans la glotte, s'oppose au passage de l'air et amène promptement la mort. Dans le cas où il aurait repris ses occupations, il est continuellement sujet au retour de son mal; enfin une péricardite violente, ou une péritonite des plus violentes l'enlève souvent en 48 heures. S'il échappe à ce danger, d'autres l'attendent encore, nous avons vu que les maux de tête ont augmenté, que l'estomac s'est dérangé; la vision est souvent attaquée, elle est moins dis-

tinelle, l'ouïe est également diminuée: une attaque nerveuse se manifeste et il perd la vue subitement. Les attaques se répètent, et avant que la huitaine soit achevée, quelquefois même en un seul jour, la maladie l'a épuisé, et l'histoire de cette terrible affection se termine par la mort. »

L'on peut demander ici si le dérangement occasionné dans l'appareil rénal, se trouve toujours en corrélation avec l'espèce particulière d'urine secrétée? le docteur Bright dit qu'il le pense et qu'il a été conduit à cette conclusion par dix années d'expérience; il y a cependant des exceptions. Les observations que nous allons rapporter mettront le lecteur à même d'apprécier la valeur de cette assertion.

« Ire Obs. — Un médecin, âgé de 42 ans, ayant toujours bien vécu quoiqu'il n'eût pas fait d'excès, vint consulter le docteur Bright, en 1832; il présentait le symptôme bien marqué d'une urine chargée d'albumine. Les chairs étaient molles et ses forces faiblissaient. Ses jambes étaient œdémateuses. Ces symptômes duraient depuis deux années et on l'avait traité comme atteint du diabètes. L'urine contenait beaucoup d'albumine; une décoction de *pylora umbellata* fut prescrite, et quelques jours après deux grains de salicine furent donnés trois fois par jour. Ce traitement lui fit du bien, et une diète appropriée acheva l'apparence d'une santé parfaite; il partit pour l'Amérique qu'il avait habitée pendant plusieurs années; à son retour en Angleterre, quelques symptômes se manifestèrent de nouveau. Ses jambes commencèrent à se goufler au point qu'il fut forcé de porter continuellement des bandages; ses mains gonflaient aussi quelquefois; il dormait difficilement et se plaignait souvent de vertiges. Ses urines se coagulaient au moyen de la chaleur quoiqu'elles présentassent une odeur ordinaire; du reste l'appétit est bon, la langue de couleur ordinaire; pouls donnant 80 à 90 pulsations; perspiration de la peau régulière; les selles étaient entretenues par des pilules aperitives. Sa santé fut passable pendant quelque temps, cependant le moral était déprimé, le courage abattu, ses maux de tête le faisaient beaucoup souffrir. Il y avait toujours tendance à l'anasarque, et l'urine était toujours albumineuse.

A la fin de l'été de 1834, il résolut d'essayer, à tout événement, une nouvelle embarcation pour l'Amérique; l'idée du voyage semblait lui donner de nouvelles espérances, mais à la fin de novembre, étant à la chasse, il s'exposa beaucoup au froid, et fut atteint d'hémiplégie; trois semaines après il mourut d'une apoplexie, on était au 15 de décembre.

Dans ce cas le désordre organique qui fut cause de cette sécrétion d'urine albumineuse ne fut pas reconnu. Cependant son existence était facile à reconnaître pendant un espace de quatre années passées, tantôt en souffrant tantôt en jouissant d'intervalles assez longs d'une apparence de santé »

« IIe Obs. — Juillet 1835. Un médecin de campagne, âgé de 33 ans, vint consulter le docteur Bright. La face était pâle; il assura s'être bien porté jusqu'à l'âge de 20 ans, époque à laquelle il fut atteint d'une dyspepsie qui ne fit qu'augmenter; en 1826 il avait eu la scarlatine avec complication d'angine. Son urine était alors aussi noire que du café, il présumait que *depuis cette* époque elle était albumineuse. Il y a six ans qu'il commença à souffrir de temps à autre d'une douleur qu'il ressentait dans le dos et vers la région rénale, plutôt à gauche qu'à droite, et il avait des douleurs fugitives vers le cœur, que l'on considérait comme névralgiques. Ces derniers symptômes s'apaisèrent, mais la douleur sourde du dos continua à se faire sentir; depuis cette époque son visage, ses jambes et ses chevilles s'enflaient. Il y avait quatre ans qu'il avait été atteint d'une inflammation catarrhale des poumons, ce qui paraissait l'avoir rendu très-sensible aux changemens de température, et depuis un an et demi, il avait beaucoup dépéri. Dans les quinze années précédentes, il s'était toujours plaint de plusieurs attaques de céphalalgie avec vomissemens, et cela avait pris de l'accroissement depuis quelques mois. Les mucosités de l'estomac étaient fort acides, et souvent teintes par la bile: il avait toujours été constipé. J'appris que malgré sa tempérance en fait de boissons, il avait fait bonne chaire pendant longtemps. J'examinai attentivement son urine, et je la trouvai de couleur jaune paille, très-acide et donnant, par la chaleur, un bon nombre de flocons blancs.

Il remarqua facilement que le cas me paraissait des plus sérieux, et il consentit à faire tout ce que je lui ordonnerais, pourvu qu'il put continuer l'exercice de sa profession. Je lui recommandai d'éviter avec le plus grand soin de s'exposer au froid et aux changemens subits de température, je lui enjoignis de se couvrir entièrement le corps de flanelle, et de se mettre au régime lacté, ainsi que de conserver le corps libre au moyen de la scammonée ou quelque autre purgatif simple. Je lui prescrivis des poudres d'uva ursi, de carbonate de soude et ipécacuanha à prendre trois fois par jour. »

Le docteur Bright le vit le 1er octobre suivant; il allait beaucoup mieux, mais l'urine était toujours coagulable. Il attribuait l'amélioration de son état à la diète lactée qu'il avait sévèrement observée. Malgré ce mieux momentané, 8 semaines après il avait cessé de vivre.

« J'appris que près de six semaines avant sa mort il avait continuellement été sujet à des maux de tête et à des vomissemens accompagnés d'obscurcissement de la vue: une espèce de brouillard le gênait, comme il le disait lui-même. Des sifflemens continuels dans les oreilles l'empêchaient de distinguer les sons. Dans le dernier mois, et pendant qu'il vaquait encore à ses affaires, il se plaignait d'une difficulté plus grande à mouvoir les membres du côté gauche que ceux du côté droit. Il garda le lit dans la dernière quinzaine et ressentit des soubresauts de différens muscles. Ordinairement avant de s'endormir, il était pris d'une convulsion telle qu'il soulevait son corps en entier sur son lit. Cinq jours avant sa mort il éprouva trois attaques d'épilepsie dans la journée; les jours suivans il n'eut que deux accès. Les deux derniers jours de son existence se passèrent dans un état de coma complet. »

Le corps fut examiné avec soin par M. Hilton. La membrane muqueuse du duodénum présentait un état pathologique approchant de l'ulcération ; le tissu du rein présentait une dégénération reconnaissable à une pointillation semblable à la description donnée par M. Bright, sans qu'aucun des deux reins fut augmenté ni diminué de volume. Les uretères et la vessie étaient sains. Le cœur était flasque et volumineux ; les parois du ventricule gauche étaient hypertrophiées ; les fibres musculaires du cœur étaient pâles et se déchiraient facilement. La tête présentait plusieurs traces de maladie. En soulevant la dure-mère avec soin, une couche de sang coagulé se fit remarquer ; ce sang paraissait épanché depuis peu, son épaisseur était celle d'une pièce de cinq francs, il était contenu entre les deux feuillets de l'arachnoïde, qui n'étaient pas adhérens fortement l'un à l'autre, mais plutôt au feuillet de l'arachnoïde de la dure-mère, correspondant à la dépression où cette membrane était flasque. L'arachnoïde elle-même était épaissie et opaque, couverte d'un lustre et ressemblant assez à du cuir blanc. Il y avait encore une certaine quantité de sérosité sous l'arachnoïde. On remarqua une plaque osseuse sur la pie-mère qui paraissait avoir sa base vers l'arachnoïde, sa partie libre était rugueuse ; il y avait encore des plaques cartilagineuses, aucune ne présentait plus de surface qu'un pois, toutes étaient situées sur l'hémisphère gauche du cerveau; une partie de la faulx, vers sa jonction avec la tente du cervelet était ossifiée de la longueur d'un peu plus d'un demi franc, avec des bords irréguliers. La pie-mère n'était pas adhérente excepté à la partie supérieure du lobe antérieur gauche du cerveau ; certaines taches de matière cendrée se détachèrent avec elle, et à cette partie du cerveau les circonvolutions n'étaient pas aussi apparentes que de l'autre côté.

Nous rapporterons les commentaires du docteur Bright sans rien en retrancher, ils ne peuvent être abrégés sans perdre de vue la connexion des faits.

Cette observation est de la plus haute importance, elle démontre à notre avis, la connexion de cette maladie et de la scarlatine ; dans le cours de la maladie, l'œdème de différentes parties du corps est remarquable, ainsi que le caractère de l'urine ; la tendance aux vomissemens et l'émaciation se présentent à leur tour et sont bientôt suivis par de violens maux de tête ; enfin les symptômes cérébraux compliqués de coma, terminent la maladie qui a été huit ans à se développer jusqu'à sa dernière période.

III[e] Obs. — Le docteur Bright fut en toute hâte appelé à traiter avec le docteur Prout, le jeune W., âgé de 17 ans. Il fut trouvé par ces messieurs au lit et ayant les yeux clos à demi, le bras et la jambe gauche paralysés ; figure pâle, langue offrant des sillons et sèche ; peau chaude ; se plaint de maux de tête ; audition exaltée; urine décolorée, acide et très-coagulable par la chaleur ; il venait d'éprouver des convulsions pendant lesquelles les membres paralysés avaient été violemment agités, il avait même poussé des gémissemens. A l'âge de 12 ans il avait été attaqué d'une hématurie, qui s'était représentée plusieurs fois, accompagnée d'un flux considérable des urines, ainsi que d'envies fréquentes de les lâcher. Un petit calcul s'était une fois échappé de l'urètre. Le docteur Prout l'avait vu il y a 18 mois. Il y a trois semaines, assistant à des funérailles, il avait été longtemps exposé au froid, depuis ce temps il avait été de mal en pis. M. Odling l'avait examiné il y a environ 10 jours, il remarqua qu'il avait souffert du mal de tête plus violemment qu'à l'ordinaire ; il y avait constipation, la langue était brune et chargée ; il fit poser des sangsues aux tempes, et ordonna des purgatifs; et il se trouva si bien de cette médication que le samedi 19 il s'occupa d'affaires qui nécessitèrent des efforts du corps et une grande attention de l'esprit, en même temps qu'il s'exposa de nouveau au froid ; il en éprouva une telle secousse, qu'il dut se mettre au lit, et lorsqu'on vint le trouver à 9 heures, il éprouvait des violens maux de tête, des vomissemens, et la perte complète de la vue. M. Odling à la vue de pareils symptômes, chercha un grand nombre de sangsues, et comme il les lui appliquait, il survint une attaque de caractère apoplectique, dans laquelle la face du malade devint noirâtre et bouffie, et la respiration stertoreuse; on lui fit une large saignée au bras. Elle fut répétée trois fois la nuit, et malgré cela il eût encore deux violentes attaques. Dans le cours de de la matinée du jour suivant, le docteur Prout fut appelé et fit appliquer des ventouses scarifiées aux reins ; pendant qu'on exécutait ses prescriptions, une attaque survint encore. Le mardi, des attaques se rapprochant de plus en plus de l'apoplexie vinrent compliquer la position du malade ; dans ces attaques répétées, le côté gauche qui jusqu'ici avait été tranquille, commença à éprouver des convulsions. Pendant les attaques il était évident que les facultés intellectuelles étaient entières ; la même nuit et les jours suivans, les intervalles de repos diminuèrent, il y eut dans la journée vingt accès. Le vendredi 25, jour où je fus appelé, les intervalles avaient été d'une heure et diminuaient rapidement. A huit heures du soir il devint insensible et il continua à vivre au milieu de convulsions jusqu'à deux heures du matin du samedi, il avait ainsi langui pendant près d'une semaine, depuis que les maux de tête s'étaient prononcés si fortement. Dans les cinq derniers jours, on était obligé de le sonder toutes les huit heures pour vider la vessie.

L'autopsie du cadavre fut refusée, mais il y a peu de doute sur la nature de la maladie.

L'observation suivante est communiquée par M. Weatheefield, un des chirurgiens les plus instruits de la capitale.

IV[e] Obs.—M. J. G. consulta le rapporteur dans le mois de décembre 1830, sur une affection de l'estomac qui ressemblait à une dyspepsie accompagnée de pyrosis Il se représenta à l'observation en septembre 1833, époque à laquelle un changement total survint dans les symptômes.

Depuis quelque temps, il avait été guéri de sa dyspepsie et du pyrosis ; son appétit était devenu bon, et, pour se servir de ses propres expressions, il pouvait alors

digérer n'importe quoi; cependant il se plaignait de douleurs et de battemens dans la tête, d'une soif intolérable, sécheresse de la gorge, de gonflement des extrémités vers le soir, et de la face le matin; le pouls était dur, la langue couverte d'un enduit furfuracé; urine très-abondante. On lui conseilla de se faire saigner; mais il n'obtempéra pas à cet avis et ne suivit aucune règle quelconque. Longtemps il demeura dans le même état, il était encore de même en février 1834. Les douleurs vers cette époque étaient moins fréquentes, mais elles étaient plus fortes et accompagnées de vomissemens violens. L'œdème des pieds et de la face augmenta. L'abdomen contenait aussi des fluides. Peu après, il fit un long voyage dans l'intérieur du pays, et s'y fatigua beaucoup; il lui survint alors des vomissemens et des maux de tête de nature plus intense, ce qui l'engagea à retourner à Londres et à se faire examiner par le docteur Babington, le 26 mars. Le docteur Babington après un examen très-attentif et très-méthodique, après avoir soumis à l'analyse les urines du malade, et trouvant qu'elles contenaient de l'albumine, déclara que les reins étaient le siége de la maladie; il prescrivit des mercuriaux altérans et des toniques. On lui enjoignit également des ventouses scarifiées sur la région du foie, endroit où il éprouvait de la douleur par la pression. Il vit encore le docteur Babington la semaine suivante: alors il se plaignit de tintement d'oreilles, et d'un léger engourdissement de la main droite et du pied. Le pouls était alors faible. Cependant le docteur Babington ordonna une saignée s'il y avait aggravation dans les symptômes. Le matin du 5 avril il fut atteint d'épilepsie, et un médecin du voisinage le saigna. Le pouls se leva et devint si dur et si tendu que nous le fîmes saigner encore le jour suivant; nous lui prescrivîmes des purgatifs, et ces moyens firent cesser les symptômes au moins pour un temps. Le 11 avril il fut en proie à un nouvel accès d'épilepsie, qui revint après des intervalles plus ou moins longs, jusqu'à ce que le malade descendit dans la tombe.

Autopsie.—Les membranes du cerveau, la pie-mère et l'arachnoïde sont particulièrement épaissies. Les ventricules contiennent plus de deux onces d'eau. Le cerveau est d'une consistance plus grande que dans les cas ordinaires. Le septum lucidum est épaissi. Les plexus choroïdes sont plus pâles que dans l'état naturel.

Poumons emphysémateux; cellules aériennes élargies et rompues. Cœur de plus grande dimension que d'ordinaire; ventricule gauche épaissi. Valvule semi-ossifiée; liquide lunaire dans la poitrine.

Les organes de l'abdomen sont sains, excepté les reins qui sont de dimensions moindres et dont le tissu est granuleux.

V[e] Obs. — M. P., âgé de 25 ans, d'une constitution athlétique, s'adressa à M. Wheelright le 6 décembre 1835, pour un dérangement de l'estomac, avec complication d'obscurcissement de la vue. Ces symptômes ayant paru appartenir à une affection du foie, des purgatifs et des amers furent donnés; il se trouva mieux et reprit ses occupations d'ouvrier plombier. Etant à travailler au faîte d'une maison, il se refroidit considérablement, et revînt chez lui malade; il avait éprouvé une espèce de convulsion, disait-il. M. Wheelright vit le malade à cinq heures du matin du jour suivant et le trouva tout à fait aveugle. Pouls plein et dur; céphalalgie considérable. On lui fit une large saignée, et l'on administra un purgatif drastique. La saignée fut répétée, et les ventouses scarifiées furent également mises en usage contre les maux de tête qui ne s'appaisaient pas. Le docteur Babington le vit le jour suivant; la pléthore et l'action violente du cœur et des gros vaisseaux continuaient toujours avec la même intensité. Comme il avait perdu quarante onces de sang, il fut résolu qu'on essayerait les mercuriaux. Au bout de quatre à cinq jours, sa vue fut améliorée, et son mal de tête était diminué d'intensité. Des sangsues et des ventouses scarifiées furent appliquées. Il était toujours très-assoupi; et cela dégénéra en un état comateux complet qui bientôt fit place à la mort. Le corps fut ouvert quelques heures après la mort: une demi-once de fluide fut trouvée dans les ventricules du cerveau, la base du cerveau était ramollie, les nerfs optiques ne présentèrent aucune altération; tous les organes de la poitrine et de l'abdomen furent trouvés également sains, excepté les reins dont la tunique péritonéale et la tunique propre étaient épaissies et d'un blanc pâle; lorsqu'elles étaient enlevées la surface du rein était rugueuse et son tissu altéré était d'apparence pointillée. La section de ces organes montra que toute la glande était malade. Dans ce cas-ci l'urine ne fut pas examinée et il n'y eut pas de tendance à l'hydropisie ni à l'œdème.

VI[e] Obs. — Une jeune femme avait présenté le symtôme d'urine chargée d'albumine depuis près de cinq ans. Son sang avait été analysé et on y avait découvert de l'urée. Dans les derniers temps la tête avait été prise et la malade avait été sujette à des accès d'épilepsie; elle était ordinairement pâle, et cependant elle était assez grosse. Etant à la promenade, elle fut prise d'un accès d'épilepsie, qui la conduisit au tombeau. On trouva la boite du crâne extraordinairement épaissie; il y avait deux petites exostoses à sa surface interne. Un épanchement considérable fut trouvé sous l'arachnoïde, et la substance grise était fort injectée; les viscères de la poitrine étaient sains, les reins petits, granuleux et leur tissu ferme et dur.

VII[e] Obs. — Une jeune femme confiée aux soins du docteur Bright présentait une anasarque considérable, et des urines albumineuses au plus haut degré. Pendant plusieurs années elle avait été atteinte de chlorose, avec une menstruation irrégulière; quinze mois avant l'état actuel de sa maladie, ses jambes commencèrent à se gonfler. Les urines étaient très coagulables, et les maux de tête affreux; des vomissemens les accompagnaient souvent. Cette jeune femme fut traitée pendant plusieurs mois par le docteur Bright; son état variait presque toutes les semaines, l'anasarque revenait souvent, elle pouvait même en signaler une cause, celle d'être exposée à un courant d'air de deux portes ou fenêtres ouvertes. Une diète adoucissante fut gardée: elle

ne prenait que du laitage, des bouillons et de l'arrow root. Les remèdes employés étaient les diaphorétiques, tels que des bains ou des demi-bains et des poudres de Dower. Elle garda le lit depuis le commencement de mai jusqu'au commencement de septembre, et par ce moyen on obtint un état de diaphorèse constant de la peau. Ce traitement fut souvent suspendu ou varié, suivant les espèces d'attaques de vomissemens. Après quelque temps, les règles reparurent avec assez de régularité. Le flux des urines était quelquefois très-abondant, car en 24 heures de temps elle en rendait quatre pintes variant en quantité d'albumine, sans jamais dépasser un certain minimum. L'anasarque étant diminué, elle désira s'absenter pour quelque temps chez ses parens; elle en fut empêchée jusqu'à ce qu'une chemise de flanelle fut préparée; la nuit de son départ elle mourut subitement, elle s'était plaint dans le jour de douleurs dans les reins.

Cerveau ramolli, pas de fluides dans les ventricules, reins beaucoup plus larges qu'à l'ordinaire, de couleur jaune rosâtre, très-injectés; surface tachetée de petits points blancs opaques; tuniques saines mais blanchâtres; ovaires élargis et ronds; l'utérus était recouvert d'une couche mince de sang grumeleux.

VIII[e] Obs. — Un Irlandais âgé de 50 ans, qui a été marin pendant 7 ans, fut admis à l'hôpital de Guy le 3 février 1835; il attribue la cause de son mal à une exposition prolongée au froid et à l'humidité; ce jour-là il a bu beaucoup d'eau-de-vie; le jour suivant il a trouvé son ventre très-gonflé; le penis et le scrotum sont œdémateux; mal de tête; depuis cette époque jamais il ne s'est bien trouvé, il a été traité par des *médecins de réputation* qui lui ont administré du mercure jusqu'à la salivation, *quatre fois différentes*.

Les symptômes actuels sont : douleurs éventuelles de tête, la nuit principalement. La bouche se ressent encore des effets du mercure; les joues sont gonflées; difficulté de respirer, surtout lorsqu'il est dans une position horizontale; toux fréquente vers le soir, quelques expectorations. Son du cœur diffus, irrégulier; palpitations après le moindre mouvement; abdomen considérablement distendu, fluctuation distincte. Le penis, le scrotum et les membres sont œdémateux; les pupilles sont dilatées, mais sensibles à la lumière; la vision a été altérée depuis à peu près huit jours, de manière à ne pouvoir reconnaître quelqu'un à quatre pas. Il est inutile de rapporter le traitement; le malade mourut le 23 du même mois.

Rien ne peut frapper davantage l'observateur que la ressemblance de toutes ces observations sous le rapport des symptômes et des résultats d'anatomie pathologique. Je ne connais aucune maladie, dit le docteur Bright, qui présente une uniformité de symptômes aussi parfaite que celle que nous venons d'examiner. En 1832, deux amis du rapporteur, le docteur Barlow et M. Tweedie, firent beaucoup d'observations sur cette maladie; le résultat de 300 observations prouve que constamment les reins sont altérés dans leur tissu et que le produit de leur sécrétion l'est également.

On a vu que les purgatifs avaient opéré quelques modifications avantageuses, principalement lorsque la maladie était compliquée d'anasarque. L'élatérium donné avec précaution, a été avantageux dans beaucoup de cas. Nos lecteurs trouveront peut-être étonnant d'apprendre que l'on a donné ce médicament énergique par grains; nous l'avons employé dans des cas d'hydropisie à la dose *d'un huitième de grain*, et généralement un 16[e] de grain à la fois; le docteur Bright est de notre avis : il le donne à doses fractionnées.

Quant aux diurétiques, ajoute le docteur Bright, j'ai toujours désiré ne me servir que de la digitale, et ce n'est que dans des cas particuliers où divers médicamens avaient échoué que je les ai employés. Généralement les diurétiques ne doivent pas être requis, puisque déjà la sécrétion des reins est très-active, et c'est appeler dans cette partie un stimulus qui ne peut qu'être nuisible.

KLEINERT'S REPERTORIUM.

Quelques mots sur l'emploi du cuprum sulphur dans le croup et la croupine; par Krebs, médecin, à Bur.

L'auteur ayant employé, dans trois cas différens, et avec un succès peu satisfaisant, le *cupr. sulph.* contre le croup lymphatique et contre le croup inflammatoire et séreux, il en conclut que ce remède n'est point, comme plusieurs le croient, un spécifique contre toutes les espèces de croup. En conséquence il pense qu'il serait à désirer que les médecins, en pareille occasion, caractérisent la maladie de manière que l'on sache quand et dans quelle circonstance le *cupr. sulph.* agit spécifiquement dans le croup. Il est vrai que d'après Drost (*Heidelb. Annalen* Bd. 10, Heft 2 und unsers rep. IX, Jahrg., Septbheft s. 34) la plupart des cas dans lesquels il employa ce médicament appartenaient au croup catarrhal séreux, mais alors le tartre émétique devrait peut-être lui être préféré.

Pour pouvoir en juger convenablement il serait nécessaire de savoir: quelle fut la constitution des parens et des enfans et, d'après la manière de voir de l'auteur, de quelle espèce de croup ils étaient affectés; quel était l'état du pouls, du pharynx, de la langue, de la respiration, etc., etc.; s'il est survenu des crises, quand et lesquelles; si, après avoir pris le cuivre, il ne s'en est point suivi de fâcheux accidens, ou s'il ne s'est rien déclaré d'important avant, pendant et après l'avoir administré: car jusqu'à présent on n'est point encore parvenu à approfondir la nature de cette maladie.

Quelques observations sur l'effet de la strychnine; par le docteur Schaible, médecin, à Kenzinger.

L'auteur a employé la strychnine dans les circonstances suivantes:

1° Au commencement de la paralysie et de l'atrophie de l'extrémité inférieure droite;

2° Dans la paralysie complète des deux extrémités inférieures;

3° Chez un jeune homme épileptique dont le bras droit était atteint d'un commencement d'atrophie;

4° Contre l'incontinence d'urine;

5° Contre la diarrhée dysentérique.

Premier cas. — Il y a environ un an et demi, un paysan, d'une constitution robuste tomba si rudement sur le dos, qu'on dût le porter chez lui, où on le traita pendant plusieurs semaines par des remèdes internes, et extérieurement par des sangsues, des cataplasmes, des frictions et des ventouses; après quoi il fut rétabli au point qu'il pu entreprendre un léger travail. Il sentait cependant depuis cette époque une douleur sourde et périodique à l'endroit sur lequel il était tombé, et il avait remarqué depuis environ deux mois que la jambe droite devenait plus grèle, que le pied perdait de sa force et qu'il se manifestait de temps en temps dans la jambe droite de l'engourdissement et de l'insensibilité.

L'auteur, prenant cet état pour une inflammation locale et chronique de la moelle épinière, traita le malade pendant 15 jours en conséquence; néanmoins voyant son état empirer, il visita de nouveau et très-scrupuleusement la colonne vertébrale, et n'y trouvant aucune altération, il administra, d'après le formulaire de Magendie, la strychnine sous forme de pilules de 1/12 de grain, progressivement jusqu'à 1/4 de grain, et ordonna ensuite à l'extérieur une friction composée de spir. serpyll. avec tinct. nuc. vom. Déjà au bout du troisième jour, il se déclara dans la partie malade une espèce de picotement; au 8° jour un peu de mouvement et de sensibilité; un mois après, le malade sut faire quelques pas à l'aide d'un bâton; à la 8° semaine il faisait de petites promenades, mais ce ne fut que longtemps après qu'il fut en état d'aller rendre une visite à l'auteur, lequel trouva bien le mouvement ordinaire et la sensibilité de la jambe rétablis, mais l'état naturel du membre avait peu changé.

Deuxième cas. — Une fille de 19 ans, d'un caractère vif et enjoué, fut prise de crampes très-violentes par suite de frayeur; elle fut transportée dans cet état à l'hôpital des pauvres à Offenbourg. Au bout du second jour les crampes diminuèrent, elle reprit connaissance, mais les deux extrémités inférieures étaient paralysées. On employa infructueusement différens moyens; le galvanisme ne produisit qu'un amendement passager et peu sensible; enfin l'auteur prescrivit, pour ainsi dire, comme *ultimatum* la strychnine, d'après la formule de Magendie 1/12 de grain, matin et soir. A la fin du 3° jour, il se manifesta le picotement mentionné dans le cas précédent. On fit prendre le soir une pilule de plus, et la vie commençait à revenir dans le membre malade, lorsque tout à coup au 10° jour la malade fut saisie de nouveau par des crampes hystériques, semblables aux premières et accompagnées de paralysie, qui se manifesta au premier accès. Après que les crampes furent enlevées, on administra de nouveau la strychnine et la *tinct. nuc. vom.* extérieurement et au bout de cinq semaines la malade quitta l'hôpital entièrement rétablie.

Troisième cas. — Un jeune homme de 15 ans, d'une constitution délicate, et d'un teint jaunâtre, fut saisi, à l'âge de 12 ans, d'un accès d'épilepsie, qui se répéta un an après. Depuis cette époque le bras droit resta courbé, ne put se mouvoir et paraissait aussi *mal nourri*. Le malade ne s'était servi jusque là que de

remèdes domestiques, tels que le bain de vapeur de Thieri, etc. L'auteur ne pouvant trouver la cause originaire de la maladie, se décida à recourir à des moyens empiriques, et il ordonna en conséquence des purgatifs et des vermifuges ; et par suite des mauvais résultats de ces derniers, il prescrivit *l'extr. nuc. vom.* avec *extr. semin. santon. æther.*

Bientôt plusieurs vers furent expulsés. Le malade fut frictionné avec *tinct. nuc. vom.*, il prit du thé composé de *rad. valer. et artemis*, et continua à prendre des bains de vapeurs. L'amélioration était, au bout d'un mois, à peine sensible : on substitua alors la strychnine aux remèdes susdits ; le malade était rétabli 5 à 6 semaines plus tard, au point qu'il pouvait se servir de son bras pour se livrer à des occupations peu fatiguantes.

L'auteur n'a pas eu connaissance de l'état ultérieur du malade.

Quatrième cas.—Un homme d'une quarantaine d'années environ, d'une constitution faible et qui s'était autrefois adonné à l'onanisme, souffrait depuis plusieurs années d'une incontinence d'urine. Après avoir essayé infructueusement différens remèdes, l'auteur prescrivit la strychnine, et en même temps une nourriture succulente et des fortifians; extérieurement la *tinct. nuc. vom.* et des remèdes spiritueux. Par l'effet de ce traitement l'incontinence d'urine s'amenda, elle disparût même pour quelques jours entièrement, mais revint bientôt après. L'auteur ignore les suites de cette maladie, le malade ayant cessé de réclamer ses soins.

Enfin l'auteur administra la strychnine mêlée à la gomme arabique avec un succès également satisfaisant dans la diarrhée dyssentérique et en général dans les maladies analogues.

Du balbutiement et du bégayement; par le Dr Schmalz, médecin à Dresde.

Le langage du son n'étant possible qu'au moyen de la voix, il est sans contredit que par suite des vices des organes de la voix, la parole doit nécessairement en souffrir.

Ces vices consistent donc :

1° En défaut du langage (*dyslaliæ*), ou

2° En défaut de la voix (*dysphoniæ*).

L'auteur ne signale que deux défauts de langage :

1° Le mutisme (*alalia*) qui peut provenir

a) D'imbécilité ou de stupidité (*a. stupidorium*) ;

b) De surdité (*surdi-mutisme*), (*a. surdo naturom*) et

c) De défauts d'organes de la voix (*a : ex vitiis organorum loquendi*).

2° Le balbutiement (*balbuties*), la difficulté ou l'impossibilité de prononcer certains sons avec justesse. On peut le subdiviser en

a) Lallation (*larrare*), quand tous les sons sont prononcés d'une manière indistincte ;

b) Le *phoncentallaxis*, quand les voyelles sont confondues et articulées incorrectement ;

c) Le *symphonallaxis*, quand cela a lieu pour les consonnes ;

d) Le grasseyement (*pararrhoticismus*), défaut dans la prononciation de l'*r* ;

e) Le paralambdacisme (*paralambdacismus*), prononciation fautive de l'*l* ;

f) Le parasigmatisme, sasseyement (*parasigmatismus*), mauvaise prononciation des *s* et *ch* ;

g) Le paragammacisme (*paragammacismus*), fausse prononciation des lettres *g*, *c* et *k* ;

h) Le langage guttural (*uranoscophonia*), la difficulté d'exprimer les lettres *k*, *g*, et *c*, et la prononciation de plusieurs consonnes accompagnées d'un sifflement, telles que, par exemple, les lettres *b*, *d*, *s*, provenant soit d'une fente, soit de quelque autre ouverture du palais ;

i) Le nasillement (le parler du nez), (*rhinophonia*), provenant de ce qu'on ne peut se servir convenablement du nez en parlant et qui est, ou

aa) *Rh.* (1) *narium perparum apertarum*, ou

bb) *Rh.* (2) *narium perparum clausarum.*

Comme vices de la voix, l'auteur admet :

1° L'aphonie (*aphonia*), la privation de la voix, état dans lequel on ne peut parler que très-bas (*susarre, mussite*).

2° Le begayement (*hæsitantia, isehnophonia*), la voix se trouve réprimée, retenue au milieu du parler.

a) La séparation du son de ceux qui le suivent;

b) La prolongation artificielle du son.

c) La répétition fréquente du premier ou des premiers sons d'une syllabe;

d) Le mutisme instantané qui se présente dans le begayement ;

3° La voix tremblante et interrompue (*vox tremula, ntersecta*) ;

4° La voix, dont le son affecte désagréablement l'ouïe (*paraphonia*), tel que

a) L'enrouement (*p. rauca raucido*);

b) La voix haute et aiguë (*p. stridua, stridor*);

c) La voix rude;

d) La voix glapissante (*p. crepans*), provenant d'un amas de glaires devant la trachée-artère et le larynx ;

Outre cela on doit ranger parmi les modifications de la respiration :

1° Le ronflement et le râlement (*stertor, rhonchus*), des dormans, des asthmatiques et des apoplectiques ;

2° Le sifflement (*sibilatio*) des asthmatiques et des goitreux, etc., etc.;

3° Le hoquet (*singultus*) ;

4° Le crachement avec efforts (*exscreatio*), la toux (*tussis*), et le *latratus* ;

---

(1) Lorsque l'ouverture postérieure des fosses nazales ne peut être fermée par le voile du palais ou par la luette en prononçant les lettres *b*, *p*, *d*, *t*, *g*, *c*, *k*, *v*, *l*, *f*, *r*, *s*, *v*, *ch*.

(2) Lorsque l'ouverture postérieure des fosses nazales est bouchée quand elle devait se trouver ouverte, d'où résulte la prononciation fautive des consonnes. *m*, *n*, *ng*.

5° Le rire (*risus*);
6° L'éternuement (*sternutatio*);
7° Le moucher (*emunctio*);
8° Le larmoiement (*fletus*);
9° La respiration suspirieuse (*suspirium*);
10° Le halètement (*anhelitus*), et le gémissement (*gemitus*);
11° Le baillement (*oscitatio*);
12° La ventriloquie (*ventriloquium*), et
13° Le claquement (*poppysma*), qui est subdivisé en claquement des lèvres et claquement de la langue.

Feu le docteur Schulthefs, de Zurich, fut le premier qui distingua rationnellement le balbutiement du bégayement; d'après lui, le balbutiement, dont les variétés sont le grasseyement, le sasseyement, le paragammacisme et le nasillement, est le vice de la voix dans lequel un ou plusieurs sons ne peuvent être prononcés du tout ou articulés avec justesse, et le bégayement consiste en une suspension subite d'un son et dans l'impossibilité qui en résulte de prononcer certains mots et syllabes.

Il paraît qu'on désigne généralement le balbutiement par φελλισμς ou ιραυλισμος, *blaesistas* ou *balbuties*, *balbutan* (grasseyement), *purben bles* et *stammering* et le bégaiement par ισΧνϕωὶν et βαττχρισρο *hæsistas*, *haesitantia* (*linguae*), tartagliare, *stuttering*.

L'auteur passe ensuite aux détails et commence par le balbutiement.

Le balbutiement varie selon son degré et son étendue. Si l'articulation est dépourvue de plusieurs ou de tous les sons, on n'entend alors qu'un bruit confus et qu'on appelle la lallation (*lallare*), ou la prononciation émoussée.

Si la prononciation d'une lettre seulement est fautive, le balbutiant n'éprouve ordinairement aucune gêne d'exprimer aux autres ses pensées intelligiblement, mais son langage blesse l'oreille.

A ces défauts appartient aussi celui de ne pouvoir articuler correctement la consonne *t* et ce que Fournier appelle le *hottentotisme*. Une fente ou autre ouverture quelconque des parties dures du palais empêche la prononciation de la plupart des consonnes (langage palatin ou guttural, *uranoscophia, balbuties gutturalis*). Finalement on doit encore mentionner ici le nasillement (*rhinophonia balbuties nasalis*), dont le défaut consiste, comme il est dit plus haut, dans le *rh. nar. perparam apertarum*.

Les causes du balbutiement sont en partie mécaniques : telles que sécheresse des parties de la bouche et du nez, mauvaise conformation des lèvres (par exemple bec-de-lièvre) du palais, des ouvertures et des fentes au palais, absence ou excessive longueur on grosseur de la luette, manque de dents ou mauvaise disposition d'icelles, disparition du bord alvéolaire, conformation vicieuse de la langue et du filet, des tumeurs, des abcès et des blessures dans la bouche et dans ses parties environnantes, etc., etc.; en partie dynamiques : telles que faiblesse, paralysie, crampes de la langue et des autres organes de la voix, occasionnées ou par une altération locale des nerfs et des muscles de ces organes, ou par des affections nerveuses générales (par exemple le tarentisme, des crampes ordinaires, des affections cérébrales ou de la moelle épinière), ou provenant aussi de l'ivrognerie, de l'ouïe dure, de la faiblesse et de l'endurcissement de l'esprit, des habitudes vicieuses et de l'imitation ou de l'affectation.

Non-seulement l'enfance est sujette au balbutiement, mais aussi l'âge mûr; son apparition subite est quelquelquefois l'avant-coureur de l'apoplexie. La guérison du balbutiement dépend des causes et du degré du mal, et en partie de la force de volonté du balbutiant. Les causes comprises parmi celles qui sont mécaniques ne peuvent pour la plupart être levées que par des moyens chirurgicaux.

Paré (1) donne la description et le dessin d'un instrument destiné à suppléer au manque de la langue, inventé fortuitement par un homme auquel on avait coupé une partie de la langue. Cet instrument à la forme d'une coquille de bois oblongue, platte et légèrement concave, que l'on introduit en parlant, en entier dans la bouche, où qu'on tient devant les dents incisives. Paré, qui en a fait l'expérience sur lui-même, le vante extraordinairement.

Le refoule-langue, instrument indiqué par Colombat et qui sert à réprimer le grasseyement, est une petite feuille d'ivoire ayant presque la forme d'un cœur et dont la pointe arrondie est garnie de deux petits crochets en argent, qui, placés au-dessus des dents incisives de la mâchoire inférieure, y attachent l'intrument.

Krug, instituteur à Dresde, parvînt à faire parler une jeune fille de 7 ans et qui était atteinte de division congéniale du palais, en lui conseillant de tenir continuellement, en parlant, le pouce et l'index au-dessus du nez, et de clore les narines chaque fois qu'elle prononcerait des sons qui nécessitent le passage de l'air par cette ouverture. Il suppléa par ce moyen au manque de la luette et du voile du palais. Le même s'est servi, avec succès, contre la lallation, qui est le résultat de la mauvaise habitude de ne pas écarter suffisamment les dents en parlant, d'un petit morceau de bois garni d'un manche et placé entre les dents incisives supérieures et inférieures.

Si le balbutiement provient de maladies internes, celles-ci réclament des remèdes administrés intérieurement et extérieurement propres à leur guérison.

Si, au contraire, la faiblesse est la cause du balbutiement, on peut y remédier, soit par des moyens fortifians, locaux et ordinaires, soit par l'exercice des organes.

Le *bégayement*. — Otto distingue les variétés suivantes :

1° Celle où *un son* est séparé de ceux qui le suivent immédiatement;

2° Celle provenant d'une prolongation peu naturelle du son;

(1) Œuvres d'Ambroise Paré, 7e éd. Lyon, 1633, liv. 23 c. 8. page 672.



3° Celle où à lieu une répétition fréquente du premier ou des deux premiers sons d'un mot ou d'une syllabe;

4° Enfin celle qui se présente comme mutisme instantané.

Colombat admet deux espèces principales, savoir :

1° Le bégayement labio-choréïque, consistant en mouvemens spasmodiques des lèvres, de la langue et de la lèvre inférieure et des autres parties mobiles des organes de la voix ;

2° Le bégayement gutturo-tétanique, résultat d'un spasme tonique des muscles de la respiration.

Dans le bégayement le larynx est presque toujours pressé violemment vers le haut, et la base de la langue presse souvent contre le palais. On peut comparer le langage d'un bègue au subit écoulement de l'eau d'une bouteille à goulot long et étroit.

Le nombre des bègues est beaucoup plus considérable que celui de ceux qui souffrent des vices de l'articulation de la voix. D'après un récensement fait à Erfurt on a trouvé, sur une population de 23,000 ames, 75 bègues, parmi lesquels on aura probablement compris aussi des sourd-muets, des balbutians et ceux atteints d'imbécilité. Suivant Otto, qui n'admet que 2 bègues sur 1000 habitans, la Saxe en contiendrait environ 3000. Colombat au contraire, ne compte en France que 6,114 bègues sur 33 millions d'habitans, ce qui fait 1 bègue sur 5,397 ames, ou 185 sur un million; il admet en conséquence en Europe 33,349 bègues sur 180 millions d'habitans; en Asie, 101,900 sur 550 millions; en Afrique 27,790 sur 150 millions; en Amérique 11,110 sur 60 millions d'habitans.

En égard à l'étiologie, il est surprenant que tous les bègues chantent sans difficulté et que la plupart savent déclamer de même, bien que le volume de leur voix soit très-petit et que les sons soient rudes et discordans quand le mal a atteint un degré élevé. Cette singularité provient de ce que le mouvement musculaire non interrompu est beaucoup plus facile à produire, qu'il fatigue moins que le mouvement musculaire interrompu et que les rhytmes musical et poétique influent sur les fonctions des organes de la voix.

La difficulté qui se présente dans le bégayement ne provient donc point de la prononciation des sons isolés, mais seulement de la position réciproque qu'ont les sons entre eux, et si cet état n'est pas accompagné du balbutiement il n'existe point de défauts organiques des organes de la voix.

Le docteur M'Cormack suppose que le bégayement est occasionné lorsque le bègue veut essayer de parler ou d'aspirer, les poumons étant vides.

D'après madame Leigh, la source de ce mal provient de ce qu'en parlant, la langue se place contre la rangée inférieure des dents et empêche par là de se servir convenablement de cet organe.

Voisin et Colombat font dériver le bégayement du manque d'harmonie entre l'influence des nerfs qui est suivie par la pensée, et le mouvement des muscles produisant la voix.

Bansmann allègue trois causes différentes :

1° Ceux qui balbutient aux lettres aspirées, compriment tellement la trachée artère avec les poumons, que l'air expiré qui forme les sons ne peut y arriver.

2° Ceux qui balbutient à l'articulation des consonnes linguales, se servent d'ordinaire de la langue d'après la manière vicieuse indiquée dans la théorie de madame Leigh, d'où il résulte que la partie postérieure de cet organe s'élève tellement que la trachée-artère se trouve par là totalement close.

Rullier en assigne la cause uniquement dans le cerveau. Itard envisage le bégayement comme une affection spasmodique analogue au tremblement et provenant d'une faiblesse des muscles de la langue et du larynx. Arnott et Schulthess ont enfin découvert les premiers, que l'articulation des consonnes dans le bégayement ne souffre que par suite de la prononciation interrompue des voyelles, et qu'ainsi la cause la plus directe du bégayement doit *exister* dans un état maladif de l'organe de la voix, état qui, suivant eux, consiste dans la crampe des muscles des ligamens de la glotte: ce qui a de l'analogie avec le clignement des yeux et la photophobie, ainsi qu'avec la difficulté d'avaler et l'hydrophobie. Les causes indirectes du bégayement sont ou physiques, ou dynamiques ou matérielles. Aux causes physiques appartiennent les maladies de l'ame et la plupart des émotions. Parmi les causes dynamiques on doit compter les maladies nerveuses, la contention d'esprit, de trop longues veilles, les pollutions, etc., etc. Au nombre des causes mécaniques sont comprises la malpropreté, les maladies de peau repercutées, les blessures de la tête de la moelle épinière et des nerfs, l'ivrognerie, etc., etc.

Le bégayement, augmenté ou diminué par tout ce qui peut influer sur le système nerveux et les dispositions de l'ame, n'est pas toujours, et chez la même personne, d'une force égale. Les hommes paraissent être plus souvent sujets au bégayement que les femmes, et l'on a remarqué qu'il diminue d'ordinaire avec l'âge et cesse quelquefois tout à fait.

Quant à la possibilité de la guérison du bégayement, il est à considérer s'il est idiopathique, sympathique, symptômatique ou métastatique, et on doit alors instituer le traitement principalement d'après les causes. Ces causes sont-elles mécaniques ou dynamiques, le bégayement ne peut être traité que par les remèdes purement médicaux.

Quant au bégayement sympathique et symptômatique, dont la cause réside presque toujours dans le bas-ventre, Schulthess recommande, après l'enlèvement de la douleur originaire, d'avoir principalement égard à la contraction spasmodique du larynx, et si le mal est idiopathique d'essayer des remèdes internes et externes ayant une influence, soit directement, soit indirectement calmante, fortifiante, révulsive, tout en ayant égard au genre de spasme de la glotte et à l'acrimonie cachée, scrofuleuse, rachitique, psorique et autres semblables.

Si les causes au contraire sont physiques, ou si le bégayement est l'effet de l'habitude, il est surtout important de détourner l'attention du bègue de son mal et

d'occuper son esprit d'une autre manière. La ferme résolution d'éviter le bégayement, ainsi qu'un traitement sévère par des corrections, même la colère, et les émotions de l'ame en général ont parfois contribué à la guérison.

On doit attendre cependant l'effet le plus salutaire des exercices des organes de la voix et de la langue, conformes aux règles de l'art et les continuer avec persévérance.

Déjà Mercurialis, et dans ces derniers temps Itard, Dupuytren, Serre, Murden, Marshall Hall, Arnott, Bertrand, Colombat, M'Cormack, Otto, et principalement madame Leigh, dont la méthode a été encore perfectionnée par Schulthess, Bansmann et Otto, ont indiqué les moyens d'y parvenir.

PREUSSISCHE

MEDICINISCHE ZEITUNG.

Des tubercules des testicules; par Sommer.

L. D., âgé de 36 ans, officier d'artillerie, ayant toujours joui jusqu'à présent d'une bonne santé malgré la faible organisation et l'habitude phthisique de son corps, vint me consulter au mois de novembre 1832 pour un gonflement douloureux des testicules. Le mal, existant déjà depuis neuf mois, n'avait été précédé, d'après ce que m'assurait le malade, ni d'une gonorrhée, ni d'une infection syphilitique; en revanche la douleur dans les testicules, qui avait été d'abord très-peu considérable et dont on ne connaissait point la source, s'était augmentée par le mouvement du cheval trop souvent répété et qui avait fait faire des progrès au mal. Les deux testicules avaient la grosseur du poing; ils étaient durs et tuberculeux dans certaines places; mous, pâteux et presque fluctuans dans d'autres; il se trouva aussi sur le devant du testicule gauche une cicatrice, qui, s'étant fermée avec son parenchyme, provenait, d'après le récit du malade, d'un ulcère de la grandeur d'une noisette, lequel s'était formé, il y avait déjà 4 mois, d'un de ces endroits mous et qui, étant resté ouvert pendant deux mois, s'était fermé par l'application d'un bandage et d'un simple onguent. Le malade éprouva alors des élancemens douloureux et violens dans toute la masse des testicules et jusqu'aux environs de l'*os sacrum;* l'attouchement cependant était très-peu douloureux.

Depuis longtemps le malade avait perdu tout appétit, les sécrétions et les excrétions étaient régulières; le visage était blême et le malade avait l'humeur sombre et l'esprit abattu.

Outre que je lui ordonnai des cataplasmes émolliens, des frictions composées de graisse et de *cali hydroiodicum*, des bains chauds, je lui prescrivis aussi des pilulles composées de *tartarus stibiatus*, *pulvis radicis ipecacuanhæ* et de *l'extractum cicut*, plus tard et progressivement de l'*aqua lauro cerasi*.

Au bout de quelques semaines, le gonflement des testicules avait considérablement diminué, l'humeur ordinaire du malade, son appétit et ses forces étaient entièrement revenus et l'on ne put se déterminer par la persuasion à abandonner ses occupations à l'école d'inspection, où il était professeur. Hors de chez lui il tenait le scrotum couvert d'un emplâtre de *galbano crocatum* et enveloppé d'une peau de chat. La respiration du bon air fut avantageux, sans que cependant il s'opéra de changement dans le gonflement des testicules.

Vers la fin du mois de février 1833, la maladie empira de nouveau et le malade était tourmenté la nuit d'une toux douloureuse, quelquefois accompagnée d'une expectoration mêlée de sang.

Le malade n'avait alors que son mal de testicules en vue, et pour en être délivré le plus tôt possible il me pressait de lui faire l'opération de la castration, à quoi il était fermément résolu; ce ne fut qu'avec beaucoup de peine que je pus le faire changer d'avis; je le déterminai de remettre cette opération à une meilleure époque, attendu que dans le cas présent, et surtout un mal de poitrine s'étant joint à cette maladie, une opération semblable eut été sans utilité aucune, et aurait plutôt hâté la mort probable.

Malheureusement ce triste pronostic se confirma bientôt, car le malade mourut le 21 mai 1833, par suite des apparitions antécédentes d'une phthisie pulmonaire, espérant toujours la castration et jugeant son mal de poitrine avec cette insouciance dans laquelle beaucoup de phthisiques méconnaissent jusqu'à leur dernier souffle la catastrophe qui les attend.

L'autopsie fit reconnaître dans les deux poumons une quantité innombrable de tubercules à différens degrés de maturité et de formation, ainsi que plusieurs glandes mésentériques tuberculeuses. Les deux testicules contenaient un grand nombre de petits tubercules de la grandeur de grains de chanvre; il se trouvait en outre dans le testicule gauche huit tubercules de la grosseur d'une grande fève, et dans le droit six, dont le contenu, après les avoir coupés, sortait avec facilité en les pressant légèrement. Les tubercules placés superficiellement communiquaient avec les points mous, palpables extérieurement. A la place de la cicatrice extérieure du testicule gauche, le parenchyme qui s'y trouva le plus proche était devenu dur et calleux. Le tissu filamenteux des testicules avait entièrement disparu. Le canal déférent et la prostate furent trouvés sains.

Extraction d'un enfant vivant après la mort de la mère, faite au moyen de la version.

Madame H....., âgée de 41 ans, fut souvent sujette à des indispositions dépendant d'un état pléthorique. Elle mit au monde sept enfans; toutes ses couches avaient été très-heureuses; enceinte pour la huitième fois, en 1832, elle fit une fausse couche. Enceinte du neuvième enfant, elle sentit des dispositions aux congestions cérébrales lorsqu'elle arriva au quatrième mois de sa grossesse; au huitième mois elle commença à se plaindre de douleurs vers le sacrum; avec perte de

mouvement dans l'extrémité du membre inférieur droit; ces accidens furent bientôt accompagnés de douleurs à la tête et de vertiges, symptômes qui furent modifiés par la saignée générale. Le 25 avril 1834, à midi, les premières douleurs se firent sentir, et les membranes se rompirent vers 10 heures du soir; immédiatement la mobilité de l'enfant fut convenablement diminuée. La malade se plaignit de grande pression vers la tête, d'anxiété et d'oppression. Ces accidens augmentèrent le jour suivant; la face devint d'un rouge foncé. Le 26, à midi, la malade répondait à peine aux questions qu'on lui faisait; elle se contentait de dire oui aux personnes qui lui demandaient où elle souffrait le plus en lui désignant la tête. Le pouls était dur et plein. On saigna de nouveau et on tira à peu près 16 onces de sang. Des mouvemens convulsifs des muscles de la face et des extrémités ne tardèrent pas à se faire remarquer, et un quart d'heure après la saignée, la femme expira.

Un médecin fut appelé de suite; il trouva à son arrivée la tête de l'enfant au détroit supérieur du bassin et conséquemment trop élevée pour se servir du forceps; il introduisit immédiatement la main dans la matrice, opéra la version de l'enfant, et un quart d'heure après que la mère avait cessé de vivre, 24 heures après que les membranes avaient été rompues, il amena un enfant mâle, paraissant mort; mais les moyens ordinaires rétablirent en cinq minutes de temps la circulation, et l'enfant d'ailleurs bien constitué à continué depuis à se bien porter.

Effet salutaire de l'opium dans le rhumatisme aigu; par le docteur BENNEWITZ.

Un homme d'environ 30 ans, robuste, n'ayant été jusqu'ici sujet à aucune maladie grave et dont il avait, pour ainsi dire, été préservé par un flux hémorrhoïdal, devint malade par suite d'un rhumatisme universel qui se manifesta d'abord aux extrémités inférieures et se répandit bientôt par tout le corps, de sorte que le malade ne pouvait se mouvoir sans éprouver de fortes douleurs. La fièvre dont cet état était accompagné, portait le caractère de la *synocha* et nécessita dans cette circonstance une prompte saignée. Les douleurs des extrémités ne diminuèrent cependant pas et on fut obligé de pratiquer à plusieurs reprises la saignée et de la répéter huit fois dans l'espace de douze jours. Il est vrai qu'après chaque saignée les douleurs quittaient le malade pour quelques instans, mais pour reparaître peu de temps après. Les vomitifs que j'administrai à hautes doses et à plusieurs reprises (sept fois dans l'espace de trois semaines) ne changèrent en rien l'état de la maladie. Les remèdes ordinaires, tels que, le nitrum, le calomel, le vinium stibiat., l'aqua laurocerasi, l'extr. hyoscyami, etc., etc., ne produisirent aucun effet.

Je résolus donc, d'après le conseil de M. le docteur Busse, et dans un cas tellement désespéré que les moyens les plus efficaces échouaient contre l'opiniâtreté du mal, et n'osant pratiquer une nouvelle saignée malgré la couenne inflammatoire qui recouvrait encore le sang, d'administrer l'opium en trois doses.

Nous avions pour but d'enlever par là l'*irritabilité exaltée* du sensorium, ainsi que dans tout le système nerveux, et de favoriser la crise par les pores de la peau. Le résultat de ce traitement fut très-satisfaisant. Dès ce moment le malade passa les nuits beaucoup moins agité, le pouls était plus élevé, le rhumatisme diminua peu à peu et les mouvemens se rétablirent de plus en plus. A la fin de la cinquième semaine le malade se trouva entièrement rétabli, le flux hémorrhoïdal dont il avait éprouvé les bienfaits auparavant, reparut en plus grande abondance.

Nous administrâmes l'opium de la manière suivante :

Laud. liq. Sydenh. premièrement de ℈j sur aq. distill. ℥iv mêlée de vinum stib. et de nitrum; plus tard nous augmentâmes la dose jusqu'à ʒ β, toutes les 2 heures une cuillerée à soupe; et en dernier lieu nous administrâmes l'opium sous forme de poudres, 1/4 de grain pro dosi, mélangé de calomel, ipécacuanha et sulph. ant. aur.

Peu de temps après il se présenta deux autres cas semblables que j'eus l'occasion d'observer, et après avoir fait usage de la saignée j'administrai l'opium de la manière ci-dessus avec un succès également satisfaisant.

HUFELAND'S U. OSANN'S,

JOURNAL DER PRAKTISCHEN HEILKUNDE.

Traitement efficace des ulcères aux pieds de nature chronique ; par le docteur F. Siemerling.

En six semaines de temps l'auteur a guéri des ulcères aux pieds qui avaient résisté aux traitemens ordinaires, en se servant d'un emplâtre balsamique, de la pierre infernale et d'un baume. Le premier forme des bandes qui s'appliquent circulairement sur la partie affectée; il est doux et ne s'attache pas trop fortement à la peau; il n'irrite pas le voisinage de l'ulcère et n'occasionne point de rougeur ou des excoriations, qui entravent souvent la guérison (1). Avant l'application de l'emplâtre, on touche les bords calleux et la superficie de l'ulcère avec la pierre infernale; puis l'on prend une bande de toile de la largeur de deux pouces, enduite de l'emplâtre balsamique et on l'applique suivant la manière ordinaire autour de la jambe, de sorte qu'une bande recouvre l'autre d'un tiers de pouce et que l'ulcère en soit entièrement couvert; on applique par dessus une simple compresse et le pied et la jambe sont enveloppés par un bandage circulaire. On recommande au malade le repos; il faut qu'il soit ou couché ou assis, et dans ce dernier cas le membre malade doit être posé horizontalement sur une chaise ou sur un tabouret. Au second pansement, les bords paraissent déjà moins élevés et moins durs; on nettoye soigneusement l'ulcère et ses parties environnantes, on passe de nouveau la pierre infernale sur les bords et sur l'ulcère et on recouvre la partie malade de l'emplâtre circulaire, de la compresse et du bandage. L'application *journalière* du caustique n'est plus nécessaire pour les pansemens ultérieurs, car son effet se prolonge pendant plusieurs jours, et c'est au praticien de juger quand elle doit être répétée, selon le développement plus ou moins rapide de la granulation de l'ulcère.

Lorsque les bourgeons charnus offrent trop peu de vitalité ou que l'ulcère est mal granulé, l'auteur se sert d'un mélange de tinct. aloës, tinct. myrrh. ana ℥ij, et balsam. peruv. ℥js. dans lequel on imbibe un plumasseau de charpie, par dessus lequel on applique les bandes d'emplâtre de la manière indiquée plus haut.

Il est inutile d'ajouter qu'un traitement interne doit accompagner l'emploi de ce moyen externe, suivant les causes qui ont déterminé la maladie et la manière d'être de l'individu.

(1) Préparation de cet emplâtre : On fond 1/2 once de cire blanche, à laquelle on ajoute 1/4 de livre d'huile d'olives et 2 onces de minium. On laisse bouillir cette masse en la remuant continuellement sur des charbons ardens jusqu'à ce qu'elle devienne épaisse, et après l'avoir ôté du feu on y ajoute encore deux drachmes de baume du Pérou. La couleur de cet emplâtre est rouge-brun.

De l'effet des bains de pieds préparés avec les acides nitrique et muriatique dans certaines maladies du foie; par le docteur Schessmeser, de Stettin.

Ces bains se composent d'un mélange de 3 onces d'acide muriatique et de 2 onces d'acide nitrique uni à six onces d'eau, à partager en trois doses, dont une partie sera ajoutée à 45 à 50 livres d'eau chaude. Le bain de pieds se prendra le soir un peu avant de se coucher. On y restera 20 à 25 minutes, ayant de l'eau jusqu'aux genoux, et on se mettra au lit immédiatement après la sortie du bain, en attendant la transpiration. On administrera de temps en temps de légers purgatifs, composés de calomel, de magnésie, de crême de tartre, etc., etc., que l'on ne peut pas cependant donner à trop grandes doses, ces bains de pieds favorisant déjà à eux seuls l'évacuation. Il se forme très-souvent de petites pustules aux jambes; alors on doit interrompre l'usage des bains, que l'on ne reprendra qu'au bout de quelques jours, en y ajoutant une moindre quantité du mélange ci-dessus. Vingt-cinq à quarante bains suffisent d'ordinaire pendant le traitement; cependant on ne peut en déterminer le nombre.

Ces bains ont été avantageux dans les cas suivans :

1° Dans un état qui est souvent la suite d'une véritable hépatite, et qui se présente tantôt sous l'aspect d'une inflammation chronique, tantôt sous celui d'une induration du foie, et qui souvent même prend le caractère de l'une et de l'autre à la fois.

Divers symptômes des maladies chroniques apparaissent alors, tels que coliques habituelles, vomissemens, constipation prolongée, fièvre hectique, etc., etc. Par l'usage des bains susdits, les selles, interrompues par suite de la sécrétion vicieuse de la bile, deviennent liquides, le faciès du malade devient meilleur, l'appétit se manifeste. La transpiration qui se déclare après chaque bain soulage le malade au lieu de l'affaiblir, comme cela avait lieu auparavant (1).

(1) Obs. — Un cas d'hépatite, traitée par la saignée, les sangsues et le calomel, fut suivi d'un ictère chronique accompagné de fréquens vomissemens de matières noires, d'une sensation de



Ces bains furent aussi d'un bon effet :

2° Dans l'*asthma abdominale* (1) ;

3° Dans l'hypochondrie ;

4° Dans les affections mentales provenant de la stagnation du sang dans le système de la veine porte.

Le soufre uni au sel neutre purifié, d'un effet salutaire dans les menstrues et les hémorrhagies supprimées ; par Fischer, médecin à Lunebourg.

Une jeune fille de 18 ans, très-pléthorique, d'un tempérament sanguin et qui par suite de la non apparition des menstrues éprouvait des violentes douleurs principalement dans le bas-ventre, tels que crampes, etc., fut guérie par inf. laxat. V. et huile de ricin, ou huile d'amande douce unie au sel neutre et un peu de lac. sulphuris. Les menstrues se déclarèrent bientôt en abondance.

L'auteur fait observer que seulement le mélange des deux dernières substances produit dans la plupart des cas du genre de celui mentionné ci-dessus, et dans les dispositions hémorrhoïdales, un excellent effet, lorsque son action détermine des évacuations, par la raison que le sel est administré en doses 3 à 4 fois plus fortes que la préparation du soufre, lequel provoque toujours une irritation plus ou moins grande.

---

pression à la région du foie, qui était, dans différens endroits, dur au toucher, d'élancemens dans cette région et d'un dépôt palpable d'humeur dans le lobe droit de cet organe, à quoi se joignait un pouls petit et fébrile. Au huitième bain de pieds la fièvre cessa ; au quinzième la jaunisse ainsi que l'induration disparurent, les selles se colorèrent, et après un traitement de deux mois le malade était guéri.

(1) Obs.—Un malade ayant eu des violens accès d'asthme portés jusqu'à l'apnée, des douleurs dans l'abdomen, augmentant par la pression sur la région du foie, avec digestion laborieuse, selles difficiles, angoisses à la région précordiale, de temps à autre des maux de tête, toux forte, mais sèche, fut entièrement guéri après avoir fait usage de bains de pieds d'acide nitrique et muriatique, en même temps qu'on lui prescrivit des purgatifs.

HEIDELBERGER

KLINISCHE ANNALEN.

Guérison de blessures graves à la tête sans l'opération du trépan; par le docteur Ph. Dorfmuller, à Furstenau, près d'Osnabruck.

Ier *Cas.* — Un garçon âgé de 8 ans, fort et bien portant, tomba le 20 septembre 1835 du haut d'un grenier sur les dalles d'un vestibule et se blessa grièvement à la tête. L'auteur le trouva au lit, hors de connaissance, la respiration stertoreuse, la figure gonflée, rouge foncé et bleuâtre par suite de l'extravasation du sang. La membrane conjonctive était fortement gonflée et rouge; le pouls était lent. Des vomissemens se manifestèrent et il découla du sang en assez grande quantité du nez et des oreilles. Il y avait sous les orbites de fortes contusions, et à la partie externe du côté gauche de l'os frontal existait une blessure longue d'un pouce s'étendant jusqu'à l'os. Le coronal lui-même était brisé en plusieurs pièces de différentes grandeurs, qui étaient mobiles sans être enfoncées. L'articulation du poignet droit était en même temps luxée. Après avoir convenablement nettoyé la plaie, l'auteur la pansa avec le cérat de saturne et le baume du Pérou, et réunit les lambeaux au moyen de l'emplâtre agglutinatif; il appliqua des fomentations (de Schmucker) sur le crâne et sur le front, réduisit ensuite la luxation et ordonna pour boisson de l'eau panée et sucrée avec du jus de citron; il prescrivit aussi un mélange de *pulv. temperans* et de *nitrum*. Le lendemain le malade avait repris connaissance; les maux de tête étaient considérables; le pouls plus régulier; la respiration bonne; l'évacuation de l'urine régulière, point de selle; la plaie pas trop enflammée. Les paupières et les joues étant très-enflées, on y appliqua des compresses imbibées d'eau de saturne. L'auteur administra intérieurement *saturatio kali carbonici* avec *infusum sennæ compos.* et 1/2 drachme *spirit. nitri dulc.* Le même traitement fut continué jusqu'au 25. On provoqua les selles par des lavemens, et lorsque les symptômes de commotion asthénique du cerveau (tels que somnolence, pouls faible et rare, diminution de la chaleur du corps) se manifestèrent l'auteur prescrivit :

R. : Flor. arnicæ.	ʒ s.
Hyperici mille fol. ana.	℥j
Inf. aq. font. q. s. ebull. colat.	℥iv
Adde æther acet.	℈j
Pot. river.	℥iij
Syr. rub. id.	ʒ s.

A prendre 1 cuillère à soupe toutes les deux heures. Peu à peu les symptômes fâcheux disparurent, le visage recouvra sa couleur et sa forme naturelle. Trois abcès occasionnés par des fragmens d'os, qui s'étaient détachés, furent ouverts et guérirent bientôt après l'extraction des esquilles. La guérison de la fracture du coronal fut prompte, et à la fin d'octobre le malade était entièrement rétabli.

IIe *Cas.* — Un garçon de 14 ans, petit et d'une constitution chétive, fut atteint à la tête par le sommet d'un grand arbre que l'on venait d'abattre, de telle sorte qu'il resta étendu sans connaissance. Le sang lui sortait par le nez, la bouche et les oreilles. Lorsque l'auteur le vit une pâleur mortelle couvrait son visage; il avait la figure enflée, la respiration stertoreuse, le pouls était très-lent et intermittent. Lorsqu'on l'interrogeait, il répondait par des paroles entrecoupées. Les boissons qu'il prenait étaient vomies aussitôt. On apercevait à la partie antérieure de l'os pariétal gauche derrière la suture lambdoïde un enfoncement mobile, mais peu profond, de la grandeur d'un franc; la région frontale présentait une large ecchymose, et la conjonctive était très-rouge. On appliqua des fomentations froides, sur la tête; on administra intérieurement :

R. Sal. tart. depur. ʒ s.
Aceto vini saturato.
Adde infus. fol. sennæ comp. ℥ ij.
Aq. rub. id. ℥ j.
Sp. sal. dulce ʒ s.
Syr. papav. alb. ʒ vj.

Une cuillère à soupe toutes les demi-heures. L'état du malade s'améliora.

Le lendemain on administra un purgatif. Le troisième jour le malade avait repris entièrement connaissance. L'auteur prescrivit *infus. arnicæ* avec *pot. river* et *sp. sal. dulc.*, et l'on continua à appliquer des fomentations froides encore pendant quelques jours. Au bout de quinze jours le malade était entièrement rétabli.

IIIe *Cas.* — Un homme âgé de 39 ans, d'une grande stature, et qui déjà au mois de janvier 1821, avait reçu une blessure dangereuse, faite par une hâche à l'os temporal du côté gauche, et de laquelle néanmoins il était tout à fait guéri, fut victime d'un guet-à-pens le 11 octobre 1830, entre 3 et 4 heures du matin, dans lequel il reçut plusieurs blessures. Un chirurgien des environs traita le blessé et pansa convenablement les plaies.

A l'examen que l'on fit le lendemain, on constata 1° une blessure arquée, de la longueur de 1" 6"' éloignée de 2" 3"' de la racine du nez, profonde de 5 à 6"',

et dont les bords étaient œdémateux. Il y avait apparemment fracture du coronal avec quelque dépression. L'on ne découvrit cependant pas le moindre indice de commotion au cerveau; 2° deux plaies étendues au côté gauche de la poitrine, et au même côté, mais plus du côté de l'aisselle, une tuméfaction œdémateuse et très-douloureuse; 3° une autre tuméfaction à la région métacarpienne de la main droite; 4° une meurtrissure au côté interne du petit doigt de la même main.

Le malade avait conservé toute sa présence d'esprit; son pouls était plein et fort dur; la respiration lente et quelquefois râleuse; il toussait souvent. Selon les apparences, ces blessures, fort dangereuses à la tête et à la poitrine, avaient été faites d'une manière très-violente, en partie par des instrumens tranchans, en partie par des instrumens contondans. Eu égard à la réplétion des vaisseaux sanguins, la paralysie des poumons, ainsi que la commotion des nerfs étaient fort à craindre.

L'opération du trépan ne se fit point, les symptômes qui la nécessitent ne s'étant pas présentés. On fonda donc le traitement sur les indications suivantes : 1° modérer la grande irritabilité du système artériel; 2° prévenir la paralysie pulmonaire.

En conséquence l'on pratiqua une saignée, on appliqua des fomentations (de Schmucker) sur la tête et des fomentations tièdes sur la poitrine (composées de *décoct. species resolvent* et de *sel ammoniac*), et on administra des purgatifs (*kali sulfur.*). La plaie au front fut pansée avec *tinct. benzoës compos.* (Ph. Hannov). L'état du malade commença déjà à s'améliorer. Le 24 octobre il se détacha trois esquilles du coronal. L'on pansa alors la plaie avec *ceratum caluminare*. Au bout de quinze jours le malade était entièrement guéri.

IV° *Cas.* — Un homme fort et robuste, âgé de 27 ans, avait été blessé par un verre cassé, à la tempe droite, au-dessus et sur le côté de l'apophyse zigomatique. La plaie était longue d'un pouce et demi, et large d'un pouce; en la sondant on découvrit un enfoncement de l'os, que l'on ne put cependant examiner minutieusement, parce qu'à chaque essai le blessé éprouvait de violentes convulsions (probablement par suite de la lésion des nerfs trijumaux et facial). Il y avait somnolence, le malade perdit et reprit alternativement connaissance. Aux premières convulsions et aux spasmes toniques, se joignait la contraction spasmodique de la bouche. On pratiqua une saignée de 10 à 11 onces. L'auteur prescrivit *pot. river* avec *sp. nitri dulc.*, de l'eau de framboises, des fomentations de Schmucker, et ensuite :

℞. Tart. solub. ammon.
Mannæ elect. ana ʒ vi.
Spir. nitr. dulc. ʒ i.
Aq. rub. id. ℥ vj.
Syr. fl. papav. ℥ s.

Toutes les heures et demie une demi-cuillerée à soupe.

Les crampes diminuèrent; l'aspect de la plaie devint satisfaisant et une légère suppuration s'établit. De temps en temps le malade s'évanouissait. On provoqua les selles au moyen des lavemens. L'auteur prescrivit :

℞. Kali sulf. ℥ vj.
Liq. c. c. succ.
Sp. nitr. dulc. ana ʒ j.
Aq. rub. id. ℥ vj.
Aq. bened. rul. ʒ i.
Oxym. simpl.
Syr. papav. alb. ana ℥ i.

Toutes les heures et demie une demi-cuillerée à soupe. Outre cela *elect. sennæ*, 2 cuillerées à café, à prendre à plusieurs reprises dans la journée. Par suite de ce traitement, modifié suivant les circonstances, l'état du malade s'améliora considérablement de jour en jour, et à la fin de la troisième semaine la guérison était complète.

SCHMIDT'S JAHRBUECHER

DER

IN-UND AUSLAENDISCHEN MEDICIN.

Plaie de la cornée de l'œil droit, déterminée par une cause toute particulière ; **communiquée par Kneschke, à Leipsick.**

Le 6 novembre dernier, M. Kneschke fut appelé en toute hâte près d'une dame. Il la trouva très-agitée, la paupière supérieure de l'œil droit tuméfiée, la conjonctive enflammée, la sécrétion des larmes abondante, l'œil douloureux et ne pouvant supporter l'impression de la lumière. En examinant l'œil avec soin, il remarqua une plaie profonde au bord supérieur de la cornée. Il reconnut que cette plaie provenait de ce que le doigt médius, d'une personne qui avait donné, en badinant, une chiquenaude à cette dame, était entré dans l'œil. C'est à la suite de cet accident que s'étaient développées ces fortes douleurs, qu'augmentèrent encore des fomentations d'eau chaude continuées toute la nuit. M. K. fit écarter toutes les influences nuisibles, et fit tomber sur la plaie quelques gouttes d'un mucilage ophthalmimique. Par cette médication l'œil guérit entièrement au bout de quelques jours, sans qu'il restât la moindre suppuration de la blessure.

(*Jahrgang* 1836, *Bd.* XI, *heft* 2).

Du traitement des taches et des ulcères de la cornée; **par le docteur Kneschke, à Leipsick.**

Autrefois on regardait les affections oculaires comme locales et on les traitait comme telles ; aujourd'hui on prend quelquefois l'extrême. L'observation fidèle apprend toutefois qu'il existe des maladies d'yeux dans lesquelles les moyens locaux seuls ne suffisent pas. Aux maladies qui réclament une médication topique appartiennent celles de la cornée et particulièrement les taches et les ulcères. Cette médication est presque toujours la seule par laquelle on puisse les combattre dès qu'elles exigent les soins d'un médecin, fussent-elles liées à une affection générale ou à une maladie existant auparavant. L'affection générale concomitante pourrait être combattue par des moyens internes, et ce traitement n'influerait nullement sur l'état morbide de la cornée qui courrait bientôt un tel danger, qu'on serait forcé d'abandonner les moyens internes pour recourir à des médicamens ayant une action directe sur la partie affectée. Cela arrive très-fréquemment dans les ulcérations de la cornée, lorsque sur des indications pressantes et qu'il faut saisir immédiatement, on doit éviter sa perforation et la procidence de l'iris.

M. Kneschke recommande dans ces cas l'usage du précipité blanc, qui lui a fort bien réussi ; il l'unit à l'axonge et aux fleurs de zinc. Il allie deux grains, au plus, de précipité à un gros d'axonge et à 4 ou 6 grains de fleurs de zinc.

Il l'a ordonné sans fleurs de zinc dans les cas de nuages de la cornée, et a pu se convaincre que c'est là le meilleur moyen de les combattre.

Administré sous la forme de pommade, il a la propriété de rester plus longtemps en contact avec la partie malade. Pour que son administration soit couronnée de succès, le malade doit jouir d'un air pur et l'œil ne doit être embarrassé d'aucun appareil quelconque. Si la lumière doit être écartée, un paravant en papier bleu sert admirablement et est peu coûteux.

(*Jahrgang* 1836, *Bd.* XI, *heft* 2).

Observation. — Nous avons dû recourir à ce médicament dans les cas d'ulcération et de taches de la cornée ; c'est dans ces derniers cas seulement que son emploi a été couronné de véritable succès. Il nous a fort bien servi dans un cas de *facette de la cornée*, et dans quelques ulcérations superficielles de cette membrane ; mais nous avons préféré et nous préférerons toujours l'administrer sous forme de mucilage. Chaque fois que nous aurons à combattre une ulcération de la cornée, et surtout de ces ulcères qui font des progrès rapides, détruisent quelquefois une partie de cette tunique ou la percent, nous aurons toujours recours au nitrate d'argent. C'est bien avec raison que MM. Trousseau et Pidoux (*Traité de thérapeutique et de mat. méd.*, vol. 1, page 656) proclament que de tous les agens de la thérapeutique chirurgicale, ce médicament est celui qui rend le plus de services et qu'il doit, en chirurgie, être placé sur la même ligne que le quinquina et l'opium en médecine.

C'est dans la chirurgie oculaire surtout qu'on reconnaît combien ce médicament est précieux et difficile à remplacer. On l'emploie toujours sous deux formes : sous forme solide, et l'on se sert alors du nitrate d'argent fondu ; sous forme liquide, c'est-à-dire en solution ; et l'on doit toujours dans ce cas, disent MM. Trousseau et Pidoux, se servir du nitrate d'argent cristallisé qui manque malheureusement *dans presque toutes nos officines.*



Des ulcérations simples de la cornée peuvent très-bien guérir par l'administration de la pommade de M. Kneschke qui est à peu de chose près la pommade de *Janin* que tous nos pharmaciens débitent encore chaque jour. On ne conçoit pas comment Richter (*Chirurg. Bibliothek*, vol. 3, page 647) ait pu conseiller dans ces cas de se servir du beurre d'antimoine, qui est peut-être le plus violent caustique que nous possédions. L'écoulement des larmes décompose le chlorure; mais si cette sécrétion venait à manquer, la perforation de l'œil en serait indubitablement la conséquence.

(*Note du traducteur.*)

Trois grossesses chez une femme qui n'avait jamais eu de menstrues; par le docteur Koehling.

Cette personne fut toujours bien portante et forte, et accoucha trois fois sans accident; ses lochies coulèrent chaque fois pendant 3 ou 4 semaines et elle nourrit elle-même ses enfans qui se portaient bien et étaient forts. Au lieu de menstruation, et cela chaque fois qu'elle eût dû survenir, cette femme était prise de vertiges, de maux de tête, de gêne de poitrine, de battemens du cœur, ainsi que de pesanteur dans les membres. Un chirurgien de campagne combattit chaque fois ces douleurs par une saignée du bras, et il saigna si souvent sans rien faire autre, que ces évacuations sanguines, par leur régularité, remplacèrent les menstrues. A l'âge de 70 ans, les ventouses remplacèrent les saignées et dès que ces dernières furent abandonnées cette femme contracta le prurigo senilis.

Idiosyncrasie héréditaire.

Une jeune femme qui pendant sa quatrième grossesse ne pouvait manger ni sucre ni crême, bien qu'elle les aimât auparavant, mit au monde un enfant qui vomissait chaque fois qu'on lui donnait du sucre et de la crême.

Continuation de l'écoulement des règles pendant la grossesse et l'allaitement.

Ce fait a encore été observé par le docteur Kœhling, sur une Juive. Douze fois elle avait été enceinte et avait nourri ses douze enfans, et pendant ce temps ses menstrues avaient toujours coulé aussi abondamment, souvent même plus fort qu'en autre temps, et étaient fréquemment accompagnées de saignemens de nez abondans. Lorsqu'elle était tourmentée de douleurs d'un côté de la figure, elle avait un sentiment de poivre sur la langue du côté affecté et ne ressentait rien de l'autre.

Le même M. Kœhling a vu une femme de quarante ans, qui depuis le mois de mai était paralysée des extrémités inférieures et du bras gauche, accoucher en août d'un enfant à terme, bien que très-petit.

(*Jahrgang*, 1836, *Bd*. XI, *heft*, 2).

BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE.

De la circulation veineuse; par E. Chassaignac, prosecteur de la Faculté de Médecine de Paris, professeur-agrégé, etc., etc. Paris, 1836. In-8°. Chez Germer-Baillière.

Dans des considérations générales placées en tête de son travail, l'auteur après avoir formulé plusieurs propositions générales sur des points importans de la physiologie du système veineux, résume les diverses opinions qui ont été émises sur le mécanisme de la circulation dans cet appareil, et qui peuvent se réduire à sept : la première attribue la circulation veineuse en très-grande partie au ventricule-aortique; la seconde, en grande partie à l'action propre des artères ; la troisième, à une force propre inhérente aux capillaires ; la quatrième, en partie à l'action spontanée du sang ; la cinquième, à l'action propre des veines ; la sixième, à l'action d'inspiration du poumon ; enfin la septième, à l'action d'aspiration des cavités droites du cœur. M Chassaignac fait judicieusement remarquer, qu'il existe à peu près autant de théories sur la circulation veineuse, que d'agens qui jouent un rôle plus ou moins important dans l'accomplissement de cette fonction.

L'auteur divise les agens de la circulation veineuse générale en deux catégories savoir : 1° agens primordiaux ou d'impulsion *à tergo;* 2° agens accessoires, auxiliaires ou accélérateurs. Dans la première classe il range l'action du ventricule gauche, celle des artères, celle du système capillaire, à l'occasion duquel il parle de l'activité spontanée du sang. Dans la seconde, il comprend : 1° l'action propre des veines et celle de toutes les parties qui leur sont juxta-posées, et qui contribuent à y activer la circulation, telles que les artères satellites, les muscles, les aponévroses, la peau ; 2° l'action des cavités droites du cœur ; 3° l'influence de la respiration : 4° enfin, d'autres forces, telles que la pesanteur et la force dérivatrice de Haller, etc. Quant aux forces vitales tendant à faire monter le sang, admises par quelques physiologistes, il ne leur conçoit pas d'existence en dehors des forces qui viennent d'être énumérées.

Après ces généralités fort intéressantes, commence la première partie du travail de M. Chassaignac. Elle traite de la *circulation veineuse générale*. C'est la partie la plus considérable et la plus importante de l'ouvrage. S'occupant d'abord des *agens d'impulsion à tergo,* il étudie successivement l'action du ventricule aortique sur la circulation veineuse, celle des artères, celle des capillaires, et discute la valeur de l'opinion qui attribue au sang un mouvement spontané. Nous ne suivrons pas l'auteur dans tous les développemens qu'il a consignés dans cette première section où toutes les opinions des auteurs sont exposées et appréciées ; mais nous signalerons principalement à l'attention de nos lecteurs les expériences nouvelles auxquelles M. Chassaignac s'est livré, dans le but de rechercher si l'impulsion communiquée au sang par le ventricule aortique se fait ressentir jusque dans les vaisseaux veineux, expériences qui ont été faites avec une grande habilité et un grand soin. La description qu'il en a donnée ne laisse rien à désirer sous le rapport de la clarté et de l'exactitude. Voici les conclusions auxquelles il est arrivé.

1° Il n'y a, dans le mouvement du liquide (du sang qui coule par l'ouverture faite à une veine), aucune autre saccade que celles qui sont produites par les efforts de contraction musculaire ;

2° Les efforts musculaires, même quand ils paraissent avoir lieu d'une manière continue, déterminent des ascensions intermittentes, mais qui n'ont aucune liaison avec les mouvemens du pouls et ceux de la respiration, puisque chacune des secousses déterminées par cette cause correspondait à plus de dix mouvemens respiratoires ou ventriculaires.

Dans la seconde section, l'auteur examine les agens accélérateurs de la circulation veineuse. Il admet que les veines exercent sur la circulation du liquide qu'elles renferment une influence très-réelle, mais il distingue avec soin ce qui appartient aux veines elles-mêmes de ce qui appartient à d'autres organes placés dans leur voisinage. Ici se trouvent traités les points suivans : 1° influence de la direction des veines sur la circulation veineuse ; 2° influence de la capacité du système veineux ; 3° influence du rétrécissement progressif du système veineux ; 4° influence des anastomoses ; 5° influence qu'exerce la répartition de l'épaisseur des parois veineuses dans les diverses parties du système ; influence des valvules ; 6° influence exercée par l'action absorbante ou sugillatoire des radicules veineuses ; 7° influence de l'élastictité des veines ; 8° influence de la contractilité lente ou tonique des veines ; 9° influence d'une contractilité vitale instantanée dans les veines ; 10° influence des artères juxta posées aux veines ; 11° action des muscles ; 12° influence de l'effort ; 13° influence de certains mouvemens, des aponévroses, de la peau, des pressions extérieures, et enfin de la pesanteur.

L'auteur passe ensuite à l'appréciation de l'action des cavités droites du cœur, à l'influence de la respiration, et afin de ne rien omettre, il dit quelques mots de l'action que peut avoir le système lymphatique sur la circulation veineuse, et de la force dérivatrice de Haller.

Dans une deuxième partie, M. Chassaignac décrit les circulations veineuses locales, qui comprennent : la circulation veineuse du cerveau, celle du poumon, celle de l'abdomen, et celle du placenta.

Enfin, ce travail si remarquable est terminé par une

série de propositions sur cette question : *Le sang veineux présente-t-il des caractères identiques dans les diverses parties du système veineux ?* Cet appendice est un résumé concis, mais très-exact, de l'état actuel de la science sur ce sujet.

L'ensemble de ce travail nous a paru méthodique et très-lucide ; tous les détails sont tracés avec talent et avec l'importance qu'ils méritent. On reconnaît dans son auteur un homme habitué à traiter les questions anatomiques et physiologiques, et habile à manier le scalpel.

Mémoire sur la peste qui a régné épidémiquement à Constantinople en 1834, *et sur sa non-contagion, avec quelques remarques sur les quarantaines et les lazarets ;* par M. Cholet, D.-M.-P.

L'auteur de ce mémoire, habitant Constantinople en 1834, a été témoin de l'épidémie de peste qui a ravagé cette ville ; c'est assez dire que ce travail est le fruit de son observation personnelle ; il l'a complété en s'appuyant sur les recherches de ses devanciers.

Après avoir exposé l'histoire des principales épidémies, et insisté sur les causes locales d'infection favorables à la doctrine de la non-contagion, l'auteur fait la description de Constantinople et des villages voisins, des diverses causes d'insalubrité ; il passe en revue les différentes castes qui composent sa population, et donne pour chacune, autant que faire se peut dans une ville où les décès ne sont pas enregistrés, sa part de mortalité. Les Grecs, qui s'effraient beaucoup, les juifs, pauvres, sales, et qui, d'après M. Cholet lui-même, achètent les habits des pestiférés, ont été les plus maltraités ; les Francs qui s'isolent, les Arméniens, n'ont pas été épargnés. Les Turcs, dont le moral ne s'affecte pas, et qui ne prennent aucune précaution, envahis les derniers, ont été les plus ménagés.

L'auteur se fait ensuite cette question : La peste est-elle contagieuse ? Il se prononce pour la négative s'appuyant sur des opinions, des faits déjà invoqués par ses dévanciers et rejettant, sans discussion, il est vrai, les *prétendus* faits invoqués par les contagionistes ; il ajoute quelques observations personnelles d'individus, de familles exposés au contact des pestiférés, et qui n'ont point été malades.

Cette partie du mémoire est terminée par la relation d'une visite faite par l'auteur à l'hôpital des pestiférés grecs. Il faut un véritable courage, une curiosité véritablement médicale pour pénétrer dans un séjour où se trouvent accumulés dans un petit espace toutes les horreurs qui caractérisent une épidémie de fièvre pestilentielle.

M. Cholet donne ensuite une bonne description des symptômes qu'il a observés, de la marche, des terminaisons de la maladie, du pronostic, du traitement, et décrit aussi l'état du sang. Malheureusement il ne lui a pas été permis de faire d'autopsie.

L'ouvrage se termine par des réflexions sur les quarantaines et les lazarets. L'auteur, conséquent avec lui-même, est peu favorable à ces établissemens, qu'il considère comme inutiles.

Manuel des maladies vénériennes ; par C.-M. Gibert, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital de l'Oursine. — Paris, 1836, 1 vol. in-18. Librairie Deville-Cavelin.

M. Gibert est auteur d'un excellent manuel des maladies de la peau qui est entre les mains de tous les étudians en médecine et des praticiens ; le manuel qu'il publie aujourd'hui sur la syphilis, obtiendra, nous en sommes surs, le même accueil du public médical.

Comme la plupart des auteurs qui ont traité le même sujet, M. Gibert commence par une introduction dans laquelle il examine la question de l'origine de la syphilis. Il expose ensuite successivement les symptômes primitifs et les symptômes consécutifs des maladies vénériennes étudiés chez l'homme, chez la femme, chez l'enfant et chez la nourrice. Puis il passe à la description générale de la vérole, à la théorie, et enfin au traitement. Le livre est terminé par un formulaire des médications les plus efficaces et le plus généralement suivies.

Ce manuel qui comprend, comme on le voit, cinq parties différentes, plus un formulaire, est un résumé complet et très-bien fait des opinions actuelles sur la syphilis, que M. Gibert a rapportées avec un soin consciencieux, et souvent même en conservant les expressions de leurs auteurs. L'auteur ne s'est pas contenté de mettre ainsi les diverses opinions en regard ; il les commente, les discute et donne ensuite la sienne, qu'il appuie, au besoin, de ses propres observations ou de celles empruntées à des autorités respectables. Cette méthode est très-rationnelle, et elle donne à ce travail une importance que son titre ne semble pas indiquer.

La syphilis est une affection contagieuse ; la cause essentielle de la maladie est un virus, qui peut rester à l'état latent dans l'économie, comme le virus rabique, et qui peut se communiquer même dans cet état par la voie de la génération ; le mercure en est le remède par excellence ; ce médicament est à la vérole ce que le quinquina est dans la fièvre intermittente. Les antiphlogistiques font bien quelquefois disparaître sans retour les symptômes primitifs, mais cette médication employée seule est souvent suivie de récidives ; tandis que la méthode mercurielle n'est jamais ni infidèle, ni dangereuse, toutes les fois qu'on peut l'appliquer d'une manière convenable et chez des sujets qui ne sont point placés dans des circonstances trop défavorables, telle est, en peu de mots, l'idée fondamentale du livre de M. Gibert.

Cet ouvrage, nous le répétons, est un résumé complet de l'état actuel de la science sur les maladies véné-



riennes, qui peut tenir lieu du plus volumineux traité, et que tous les praticiens qui n'ont que peu de momens à consacrer à l'étude liront avec fruit et avec un véritable intérêt. (M).

Compendium de médecine pratique, ou exposé analytique et raisonné des travaux contenus dans les principaux traités de pathologie interne; par M. Louis De La Berge, docteur en médecine, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chef de clinique médicale à la même Faculté, professeur particulier de pathologie interne; et M. Ed. Monneret, docteur en médecine de la Faculté de Paris, professeur particulier d'hygiène appliquée. — Paris, 1836. Librairie Béchet jeune.— Première livraison.— L'ouvrage sera complété en 10 livraison.

« Énumérer les opinions accréditées sur la nature, le siége, le traitement des maladies, les discuter avec conscience, avec impartialité, en laissant tenir à chacun le langage dont il s'est servi pour sa propre défense, mettre les faits en regard, afin que le lecteur puisse les apprécier dans sa pratique, tel est, disent MM. De La Berge et Monneret, le but spécial du *Compendium.* »

Un travail conçu sur un pareil plan, à une époque où la médecine est ramenée à l'observation et où le triomphe exclusif de telle ou telle doctrine ne saurait avoir lieu, ne peut manquer d'être favorablement accueilli des praticiens, auxquels il sera d'une incontestable utilité, si les auteurs mettent le même soin dans la rédaction des livraisons suivantes que dans celle que nous avons sous les yeux. Cet ouvrage sera à la pathologie interne ce que le Dictionnaire de Samuel Cooper, (qui, pour le dire en passant, aurait besoin d'une nouvelle édition mise au niveau des progrès de la chirurgie), a été à la pathologie externe. Le *Compendium* est appelé à rendre à la médecine les services que le Dictionnaire de Cooper a rendus à la chirurgie.

L'esprit qui a présidé à la rédaction du *Compendium* préjuge favorablement du succès de cette nouvelle publication. Nous extrayons textuellement les passages suivans dans lesquels les auteurs exposent eux-mêmes la méthode qu'ils ont suivie, et qui serviront à en faire apprécier tout le mérite.

« 1° Exposer le sfaits dans l'ordre alphabétique, en les rattachant à une dénomination généralement usitée;

» 2° Multiplier convenablement les types pathologiques, afin d'en présenter les caractères en un article peu volumineux;

» 3° Soumettre l'histoire de chaque maladie à des divisions nombreuses arrangées méthodiquement;

» 4° Adopter le même ordre d'exposition pour tous les ordres nosologiques. »

Après avoir longtemps médité sur les diverses classifications proposées jusqu'à nos jours par les auteurs et les professeurs de pathologie, MM. De La Berge et Monneret ont cru devoir ranger sous les titres qui suivent tout ce qui constitue l'histoire d'une maladie.

Etymologie grecque, latine, etc. — Dénominations françaises et étrangères. — Synonimie suivant l'ordre chronologique. — Définition. — Divisions. — Altérations pathologiques. — Symptomatologie. — Marche ou cours de la maladie. — Durée. —Terminaisons.— Convalescence. — Phénomènes consécutifs. — Rechutes et récidives.— Description des espèces et variétés. — Complications essentielles, accidentelles. — Diagnostic. — Pronostic.— Étiologie. – Traitement.— Nature et classification dans les cadres nosologiques. — Historique, Bibliographie.

Certes, un cadre aussi vaste et aussi complet permet aux auteurs de ne rien omettre d'essentiel, et ce travail consciencieusement élaboré épargnerait bien des recherches aux praticiens en même temps qu'il leur serait d'une utilité réelle. Nous étions curieux de voir si les auteurs avaient rempli fidèlement ce cadre dans la livraison qu'ils viennent de publier; nous l'avons parcourue d'un bout à l'autre et la lecture attentive des principaux articles nous a convaincu que rien n'avait été omis. Nous avons lu, entre autres, avec plaisir les articles *Acéphalocyste, Acné, Acrodynie, Aménorrhée, Amygdalite, Anaphrodysie, Anasarque, Anémie* et *Angine,* qui renferment en peu de pages un résumé complet et détaillé des travaux les plus importans sur ces maladies qui a dû nécessiter des longues et pénibles recherches. C'est particulièrement la partie pratique qui est la plus soignée; c'était aussi le point principal que les auteurs devaient constamment avoir en vue, leur livre étant spécialement destiné aux médecins-praticiens, et nous les engageons à ne pas dévier de cette route. Nous ne craignons pas de nous tromper en prédisant au *Compendium* un succès justement mérité, et qui compensera MM. De La Berge et Monneret de leurs savantes élucubrations.

Nous rendrons compte des livraisons suivantes, à mesure de leur publications. (M).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Cours de pathologie interne, professé à la Faculté de médecine de Paris, par G. Andral, recueilli et rédigé par Amédée-Latour, docteur en médecine. — Livraisons 8 et 9. — Paris, 1836, Librairie de Just Rouvier et Le Bouvier. Prix : 2 fr. la livraison.

Ces deux livraisons traitent des névralgies, de l'érythème, de l'érysipèle, de la roséole, de la rougeole, de la scarlatine, de l'urticaire, de la millaire, des sudamina, de la varicelle, de l'eczéma, de l'herpès, de la gale, du pemphigus, du rupia, de l'ecthyma, de l'acné, de la teigne, de la variole, du lichen, du prurigo, des hémorrhagies de la peau, de la lèpre, de l'éléphantiasis, du lupus, du rhumatisme, de la goutte, de l'urétrite, de

la spermatorrhée, des maladies de l'utérus et de l'ovaire, et terminent le tome 3ᵉ. — L'ouvrage complet formera trois volumes, publiés en 12 livraisons; les neuf déjà parues composent les tomes 1 et 3; les livraisons 10, 11 et 12 formeront le tome deuxième et la fin de l'ouvrage.

Mémorial de l'art des accouchemens, ou principes fondés sur la pratique de l'hospice de la Maternité de Paris, et sur celle des plus célèbres praticiens nationaux et étrangers, suivis des aphorismes de Mauriceau; par Madame Vᵉ Boivin, ex-maîtresse sage-femme, surveillante en chef de l'hospice de la Maternité. — Quatrième édition. — Paris, 1836, 2 vol. in-8ᵒ, avec 134 planches gravées sur bois, avec l'explication. — Librairies de J. B. Baillière et Crochard. Prix : 14 fr.

Cet ouvrage a été placé, par décision ministérielle, au rang des livres classiques à l'usage de l'École d'accouchement de Paris.

Traité de chirurgie : par M. J. Chélius, professeur de chirurgie et de clinique chirurgicale à l'Université de Heidelberg; traduit de l'allemand, par J. B. Pigné, interne des hôpitaux civils de Paris. — 4ᵉ Livraison.

Cette livraison traite des hernies; de la chute de matrice, du vagin et du rectum; des courbures en général; des anévrysmes; du tissu érectile; des varices en général; du varicocèle, du spermatocèle et des hémorrhoïdes. — L'ouvrage formera 2 volumes divisés en 7 livraisons.

Clinique homoeopathique, ou recueil de toutes les observations pratiques publiées jusqu'à ce jour; par Beauvais (de Saint-Gratien), docteur en médecine. — Première livraison. — Paris, 1836, in-8ᵒ de 96 pages. L'ouvrage aura deux volumes, divisés en 12 livraisons. — Librairie de J. B. Baillière.

Prix pour un volume : 9 fr.

Traité théorique et pratique de médecine légale; par Alph. Devergie, docteur en médecine, professeur particulier de médecine légale et de chimie médicale; avec le texte et l'interprétation des lois relatives à la médecine légale; revu et annoté par Dehaussy de Robécourt, conseiller à la cour de cassation. — Tome 2ᵉ, seconde partie. — Paris, 1836, in-8ᵒ, de 562 pages. — Librairie de Germer Baillière.

Prix de l'ouvrage complet : 18 fr.

Manuel des maladies vénériennes; par C.-M. Gibert, médecin de l'hôpital de l'Oursine. — Paris, 1836, in-8ᵒ, de 708 pages. — Librairie de Deville-Cavelin.

Prix : 6 fr.

Lettre aux médecins français sur l'homœopathie, par le comte S. Desguidi. — Deuxième édition, suivie des moyens de guérir le choléra et de s'en préserver. — Paris, 1836, in-8ᵒ, de 84 pages. — Librairie Bohaire.

Prix : 1 fr.

Extinction du choléra, de la fièvre jaune, de la peste, etc., ou instruction physiologique sur les moyens à employer pour se garantir de ces affections, se tenir en santé, et prouver qu'elles ne sont pas contagieuses; par P. Boilley, D.-M. — Marseille, 1836, in-8ᵒ, de 40 pages, avec 2 planches. — Chez l'auteur.

Prix : 1 fr.

Cet ouvrage a été demandé par le ministre du commerce.

Mémoire concernant l'usage des pompes dans la pratique médicale et chirurgicale : par Ch. Hauff, docteur en médecine, ancien professeur à l'Université de Gand. — Paris, 1836, in-8ᵒ, de 208 pages, avec une planche gravée. — Librairie J. B. Baillière. Prix : 4 fr. 50.

Mémoire sur une nouvelle espèce de bandage a pelote médicamenteuse, pour la cure radicale des hernies; par Jalade-Lafond, docteur en médecine. — Sixième édition. — Paris, 1836, in-8ᵒ, de 40 pages. — Librairie de J. B. Baillière.

Dissertation sur le pied-bot; par Ch. Held, de Wissembourg, docteur en médecine. — Strasbourg, 1836, in-4ᵒ, de 76 pages, avec une planche. — Librairie Silbermann.

L'auteur de cette dissertation se prononce pour la section du tendon d'Achille.

Précis élémentaire de physiologie; par F. Magendie, membre de l'Institut. — 4ᵉ édition. — Paris, 1836, 2 volumes in-8ᵒ. — Librairie Mequignon-Marvis.

Prix : 17 fr.

Cette nouvelle édition n'est que la réimpression pure et simple de la troisième, qui a été détruite dans un incendie.

Manuel de médecine opératoire, fondée sur l'anatomie normale et l'anatomie pathologique; par J.-F. Malgaigne, chirurgien du bureau central des hôpitaux. — Deuxième édition. — Paris, 1836, in-18, de 782 pages. — Librairie de Germer Baillière. Prix : 6 fr.

Des rétentions d'urine. Critique raisonnée des divers traitemens qu'on a employés jusqu'à ce jour pour combattre les rétentions d'urine causées par les rétrécissemens organiques de l'urètre, suivie de la description d'une nouvelle méthode chirurgicale, appliquée à la guérison de cette maladie; par Perreve (de la Charité), docteur en médecine. — Paris, in-8ᵒ, de 64 pages.

Traité de chimie élémentaire théorique et pratique; suivi d'un essai sur la philosophie chimique, et d'un précis sur l'analyse; par L.-J. Thénard, membre de l'Institut. — Sixième édition, t. 5. — Paris, 1836, in-8ᵒ, de 574 pages. — Librairie Crochard.

L'ouvrage est actuellement complet, et se vend 38 fr.

Introduction a l'étude de l'anatomie, ou l'homme considéré en grand sous le rapport des appareils et des fonctions; par P. P. Broc, docteur en médecine, professeur d'anatomie et de physiologie. — Paris, 1836, in-8ᵒ, de 694 pages, avec un atlas in-4ᵒ, de 12 planches. — Librairie de Just Rouvier et Le Bouvier.

L'auteur donne une idée générale des grandes dispositions de l'organisation de l'homme, considéré sous le rapport des agens et des phénomènes, et termine par des considérations physiologiques et philosophiques sur l'entendement, sur les sens, les idées, les penchans, etc.

Leçons de clinique médicale, faites à l'Hôtel-Dieu de Paris, par le professeur Chomel, recueillies et publiées par A.-P. Requin, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin du bureau central des hôpitaux, etc., etc. — Tome 2. — Paris, 1836, 1 volume in-8ᵒ, de 524 pages. — Librairie de Germer Baillière.

Prix : 6 fr.

Ce volume traite du rhumatisme et de la goutte.



De la prostitution dans la ville de Paris, considérée sous le rapport de l'hygiène publique, de la morale et de l'administration, ouvrage appuyé de documens statistiques puisés dans les archives de la Préfecture de Police, avec cartes et tableaux; par A.-J.-B. Parent Duchatelet, membre du conseil de salubrité de la ville de Paris, de l'Académie de médecine, de la Légion-d'Honneur, médecin de l'hôpital de la Pitié.—2 volumes in-8° de 600 pages chacun (1). Prix : 16 fr.

Nous rendrons compte de cet important ouvrage dans notre prochain numéro.

Hygiène publique, ou Mémoires sur les questions les plus importantes de l'hygiène appliquée aux professions et aux travaux d'utilité publique; par A.-J.-B. Parent-Duchatelet.— 2 forts volumes in-8°, avec 18 planches. —Librairie de J.-B. Baillière. Prix : 16 fr.

Traité théorique et pratique des maladies vénériennes, comprenant l'examen des théories et des méthodes de traitement qui ont été adoptées dans ces maladies, et principalement la méthode thérapeutique employée à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce; par H.-M.-J. Desruelles, D.-M.P., chirurgien-major, professeur à l'hôpital du Val-de-Grâce, chargé du service des vénériens. —Paris, 1836, un fort volume in-8°.— Librairie de J.-B. Baillière. Prix : 8 fr.

Compte rendu sur le service des aliénés traités dans les hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière, de 1825 à 1833; par M. Desportes, membre de la commission administrative chargée des hospices. — Paris, 1836.

Divisé en deux parties. — Première partie; divisée en 18 tableaux : 1° mouvement général des aliénés; — 2° mouvement particulier des épileptiques; — 3° aliénés entrés, sortis et décédés pendant les années 1825 à 1833, classés par mois d'admission; — 4° classement des aliénés restant le 31 décembre 1827, 1830 et 1833; — 5° aliénés entrés pendant les 9 années, classés par âge, avec la comparaison entre les admissions et les guérisons; — 6° mouvemens généraux avec les subdivisions; — 7° professions qu'exerçaient les aliénés; — 8° aliénés entrés pendant les 9 années, classés suivant leur état civil; — 9° aliénés admis par rechute; — 10° aliénés sortis et décédés, classés suivant la durée de leur séjour dans les établissemens; — 11° causes présumées de l'aliénation des malades admis pendant la période de neuf ans; — 12° nosographie des causes de décès; — 13° mouvement des aliénés payant pension; — 14° tableau indicatif des départemens autres que celui de la Seine, où habitaient les aliénés payant pension, restant les 31 décembre 1827, 1830 et 1833; — 15° tableau nominatif de MM. les médecins chargés du service des divisions d'aliénés des hospices de la vieillesse; — 16° mouvement particulier des employés et serviteurs, attachés aux divisions des aliénés des hospices de la vieillesse (hommes et femmes);—17° tableau du métrage cubique des locaux affectés aux logemens des aliénés (hommes); — 18° tableau du métrage cubique des locaux affectés aux logemens des aliénées (femmes).

La seconde partie de ce travail est un exposé des résultats contenus dans les tableaux statistiques précédens.

Le règne animal distribué d'après son organisation; par G. Cuvier, membre de l'Institut. — Nouvelle édition, accompagnée de planches gravées, représentant le type de tous les genres, les caractères distinctifs des divers groupes, et les modifications de structure sur lesquelles repose cette classification. — Livraisons 1 à 10. — L'ouvrage complet aura 200 livraisons, in-8°, sur papier grand-jésus vélin, composées chacune de 16 pages de texte environ et 4 planches gravées avec leur explication; il en paraît une tous les 15 jours. — Paris, librairie Crochard et compagnie.

Prix de chaque livraison,	figures noires :	2 fr. 25.
»	»	papier de Chine :	2 fr. 75.
»	»	figures coloriées :	4 fr. 50.

Eloge du baron Dupuytren; par E. Pariset, secrétaire perpétuel de l'Académie royale de médecine. — Librairie de J.-B. Baillière. Prix : 1 fr. 50.

Discours sur la vie de la femme, prononcé à l'ouverture du cours d'hygiène de la Faculté de médecine de Montpellier; par F. Ribes, professeur d'hygiène.—Montpellier, 1836, librairies Sevat et Castel.

L'onanisme : dissertation sur les maladies produites par la masturbation; par Tissot. — Nouvelle édition, annotée d'après les nouvelles observations des docteurs Gottlieb, Vogel, Campé, etc., et revue par M. Valentin. — Paris, in-16, de 192 pages et 5 planches. Prix : 3 fr. 50

Mémoires et prix de l'Académie royale de chirurgie, nouvelle édition, revue avec le plus grand soin, et suivie de notes indiquant l'état actuel de la science; d'une revue biographique des auteurs, d'une table alphabétique des matières; et de l'indication des meilleurs ouvrages de chirurgie publiés sur chacune d'elles; par Fossone. — 12 volumes de texte, format in-8°, imprimés avec soin, et un atlas in-4° oblong.—Chez M. Fossone, rue des Poitevins, n° 12, à Paris.

Le premier volume est en vente. Prix broché 7 fr.

Méthode curative externe des douleurs rhumatismales, goutteuses, nerveuses, et des maladies résultant d'une altération de la circulation lymphatique. — Des viscéralgies, affections nerveuses des viscères, confondues avec les phlegmasies chroniques et les maladies organiques.—Diachirismos de médicamens simples pour le traitement des maladies; par le docteur C. J. B. Comet, chevalier de la Légion-d'Honneur, professeur d'anatomie physiologique, membre de l'ancienne Société royale académique des sciences de Paris, etc. — Quatrième édition, 1836, in-8°, de 104 pages. — Chez l'auteur, rue Neuve-des-Bons-Enfans, n° 17.

(1) Cet ouvrage a été réimprimé avec soin par l'établissement Encyclographique, en un beau volume grand in-8°, et est actuellement en vente.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE ROYALE DES SCIENCES.

—

Acarus de la gale.—Ether mucique.—Eaux thermales de Luxeuil. — Monstruosité par inclusion.—Instrumens de lithotripsie.— Jambe artificielle mécanique. —Amidon.

Séance du 1er août 1836.

Acarus de la gale. — M. A. Gras, élève interne de l'hôpital Saint Louis, adresse quelques observations relatives à l'*acarus scabiei,* ou sarcopte de l'homme.

« Si l'existence de petits cirons, dit-il, à la surface de la peau des galeux n'est plus aujourd'hui l'objet d'aucun doute, il n'en est pas de même du rôle que l'on doit assigner à ces arachnides dans la production de la gale. Sont-ils cause ou effet? Tel est le point d'étiologie médicale sur lequel les pathologistes ne sont pas d'accord, et qu'il faudrait éclaircir. »

Dans cette intention l'auteur communique les résultats suivans de quelques observations qu'il a eu occasion de faire :

« Le nombre des sarcoptes existant sur chaque galeux n'est, dit-il, nullement en rapport avec l'étendue et l'intensité de l'éruption psorique: la disproportion est extrême, puisqu'on ne rencontre quelquefois que cinq ou six de ces arachnides sur des personnes couvertes de vésicules, de pustules et de papules. Les recherches les plus minutieuses faites pendant la nuit et le jour m'ont convaincu que le nombre de sarcoptes existant sur le corps des malades est en général peu considérable. Cette remarque me porte à croire que ces animalcules produisent les diverses éruptions cutanées qui constituent la gale, non pas seulement par une action mécanique et localement irritante, mais encore d'une manière physiologique et vitale, au moyen d'une espèce de virus, en donnant toutefois à ce dernier mot un sens plus étendu qu'on ne lui donne ordinairement. Il y aurait peut-être un rapprochement à faire entre ce mode d'action et le développement des gales et autres excroissances à la surface des végétaux.

» Cette opinion me semble confirmée par les exemples constatés de rétrocessions des gales, par la persistance plus ou moins longue de l'éruption après la destruction du sarcopte, et enfin par le peu de fécondité de cet arachnide, opposée à l'énorme multiplication d'autres parasites, des *pédicules*, par exemple. Par une opposition remarquable, j'ai rencontré quelques galeux des mains desquels j'ai pu retirer une centaine de sarcoptes, et pourtant ces mêmes malades présentaient à peine quelques vésicules aux mains. »

Ether mucique. — M. Malagutti adresse une note détaillée sur la préparation et les propriétés de l'éther mucique, suivie de réflexions qui tendent à changer la formule adoptée pour l'acide mucique. En voici le résumé :

Cette substance s'obtient en traitant l'acide mucique par l'acide sulfurique, puis par l'alcool. En cherchant la formule de ce composé, M. Malagutti a trouvé :

1° Que la capacité de saturation généralement attribuée à l'acide mucique n'est pas exacte, et qu'elle doit être représentée par 8,644 au lieu de 7,57.

2° La formule qui représente généralement l'acide mucique est la formule de cet acide hydraté; quant à celui qui existe dans les sels il doit être représenté par $C12H8O7$.

3° L'éther mucique est un véritable éther composé du troisième genre, d'après la classification de M. Thénard ; sa composition est analogue à celle des autres éthers composés d'oxacide.

4° Le mucate d'ammoniaque est un sel hydraté, et rentre dans la loi commune aux sels ammoniacaux.

Eaux thermales de Luxeuil.— M. Longchamp lit un mémoire sur les sources ferrugineuses de Luxeuil. Ces sources sont situées dans un vallon qui paraît avoir été autrefois un marais. Il y en a dix ou douze de thermales dont la plus chaude a une température de 52° 50 C., et la moins chaude 36° 50. Lorsque l'eau sort du sein de la terre elle est limpide, et ne présente aucune matière en suspension ; mais quand elle a séjourné quelque temps dans le bassin où on la reçoit, elle est comme gélatineuse, présentant des particules d'un jaune pâle mêlé d'un peu de rouge, ce qui lui donne une teinte couleur de chair.

L'analyse d'un litre ou kilogramme de cette eau donne :

Eau de dissolution. . .	999,7640 grammes.
Muriate de soude. . .	0,0591
Sulfate de soude. . .	0,0125
Carbonate de chaux. .	0,1078
Silice.	0,0301
Oxide ferroso-ferrique .	0.0129
Matière organique. . .	0.0067
Sulfate de chaux. . .	Des traces.
Perte.	0,0069
	1000,0000

Le dépôt qui se forme au fond du bassin étant desséché, est jaune ocreux, il est soluble dans l'acide nitrique étendu d'eau, et laisse seulement indissoutes quelques parties de matière organique, en trop petite quantité pour être pondérables. L'acide oxalique étendu



d'eau exerce la même action sur ce dépôt, mais d'une manière très-prompte.

L'examen de la source de Luxeuil paraît à l'auteur jeter un grand jour sur l'origine des infusoires dont M. Brongniart annonçait dernièrement à l'Académie l'existence de squelettes, qui a été constatée par M. Ehrenberg : « Nous trouvons, dit-il, dans cette eau qui sort du sein de la terre, la matière organisante qui doit servir à la création des infusoires que renferme le fer limoneux ; cette matière n'entre pas pour 7 millimètres dans l'eau, mais elle forme environ le 1/35 des substances solides que contient cette eau. Ainsi, ajoute-t-il en terminant, il ne me paraît pas douteux que l'eau qui donne naissance au fer limoneux contient en même temps une matière organisante qui doit être l'origine des infusoires que les observations de M. Ehrenberg ont fait connaître. »

Monstruosité par inclusion. — Madame D... d'un tempérament sanguin, d'une contitution forte, fut mariée à 20 ans. A 25 ans, elle mit au monde un premier enfant. Huit ans plus tard, elle devint de nouveau enceinte. Vers le second mois de cette deuxième grossesse, une tumeur se fit sentir à la région ombilicale. La grossesse parvint à ses périodes ordinaires, et la dame D.. mit au monde un enfant bien conformé. Quatre ans après, troisième grossesse fort régulière. Enfin après 4 ans encore, quatrième et dernier accouchement, le 22 août 1827. Puis les règles redevinrent régulières et abondantes jusqu'au 19 avril 1836, c'est à-dire 3 jours avant le décès.

A l'autopsie du cadavre faite 24 heures après la mort, voici ce que l'on observa :

« La tumeur dont il a été question, dit l'auteur, était placée immédiatement au-dessous de la grande courbure de l'estomac ; elle descendait vers la vessie dont elle était séparée par une autre tumeur infiniment plus petite. Cette grande tumeur ou kyste, aplatie d'avant en arrière, irrégulièrement arrondie, présentait à sa circonférence des bosselures plus ou moins volumineuses. Deux larges replis péritonéaux la fixaient de chaque côté à l'intestin grêle qu'elle écartait de sa position normale et dont elle se trouvait entourée. Cette tumeur devait peser de 10 à 12 livres, et sa plus grande circonférence avait de 12 à 14 pouces d'étendue. Cette masse énorme, appuyée sur la colonne vertébrale, comprimait l'aorte, la veine cave inférieure et les urètres ; elle ne jouissait que d'une mobilité assez bornée.

» La petite tumeur ou kyste inférieur était de la grosseur d'une poire d'hiver dont elle avait aussi la forme : elle recevait un mince repli du péritoine qui la fixait à la vessie ; elle était flottante dans l'espace qu'occupait cet organe, lequel était entièrement caché par elle.

» L'examen intérieur de ces deux kystes devait être des plus curieux : Le petit kyste, examiné le premier, contenait une matière stéatomateuse semblable à de la pulpe de pomme cuite pour la consistance et la couleur. Sa membrane externe était de nature séreuse et semblait formée aux dépens du péritoine, l'interne ressemblait à une muqueuse ramollie.

» Le grand kyste avait trois membranes, une séreuse externe, une fibreuse épaisse et une muqueuse interne. On voyait à sa surface un appareil artériel et veineux proportionné à son volume. Les bosselures de cette tumeur membraneuse étaient autant de cavités séparées qui furent ouvertes les unes après les autres. Dans l'une d'elles on trouva un énorme peloton de cheveux longs, minces, d'un blond un peu terne, unis entre eux par une matière grasse difficile à séparer. La seconde cavité était remplie de matière stéatomateuse, semblable à celle contenue dans la petite tumeur. Une troisième et et quatrième cellules contenaient cette même matière ainsi qu'une autre semblable à de l'huile figée. Toutes ces cellules ou cavités étaient séparées du sac principal par des cloisons membraneuses. L'ouverture de la grande tumeur donna issue à une grande quantité de matière inodore, purulente, crémeuse. Il sortit aussi spontanément par la même incision un deuxième peloton de cheveux, alongés comme les précédens, mais moins nombreux, ainsi que des fragmens osseux de cinq dents. Le grand kyste vidé, les parois en furent examinées ; minces à leur face antérieure, elles avaient quatre lignes d'épaisseur à la face postérieure. On décolla de ces deux parois une portion d'os très-curieuse qui y adhérait d'une manière intime ; c'est une partie de temporal dont la portion écailleuse et le rocher sont bien conservés. Le conduit auditif externe manque tandis que l'interne est intact. Ce qu'il offre de plus remarquable, c'est l'insertion de quatre dents, dont deux sont solidement implantées sur la face inférieure du rocher, une troisième s'est détachée au moment de l'extraction et a laissé à sa place une alvéole assez remarquable par sa profondeur. La quatrième est implantée sur le bord de cette portion d'os qui représente ici la portion écailleuse. Deux autres portions d'os, de forme irrégulière, se trouvaient logées dans une partie de la tumeur et s'y trouvaient fort gênées au milieu d'une substance fibreuse, jaune et dense. »

Dans une suite de réflexions sur cette observation, l'auteur s'attache à établir, par un examen approfondi des circonstances qui ont accompagné ce fait, qu'il ne doit pas être confondu avec la grossesse extra-utérine péritonéale.

« Pour prouver le défaut de similitude, dit-il, il me suffira de faire remarquer que la dame qui est le sujet de cette observation a toujours joui d'une bonne santé jusqu'à sa cinquantième année ; que sa dernière maladie n'a pas duré plus de trois mois ; qu'habituellement son teint et son embonpoint étaient l'emblême de la santé parfaite ; que son caractère était gai ; l'appétit excellent ; enfin que les règles ne furent supprimées qu'aux époques des grossesses, qui toutes avaient parcouru leurs périodes ordinaires et avaient été suivies d'un accouchement naturel et régulier.

» On doit donc ranger ce fait dans les monstruosités par inclusion et dans la classe intéressante des énadelphes qui n'ont pas toujours eu pour sujet des êtres du sexe féminin. »

Séances des 8, 16 et 22 août.

Lithotripsie. — M. Béniqué lit un mémoire sur la destruction mécanique de la pierre dans la vessie, au moyen d'un appareil de son invention.

Dans ce mémoire, l'auteur s'est proposé pour but de régulariser l'action du marteau employé pour détruire la pierre dans la lithotripsie; de faire disparaître de cette opération chirurgicale des inconvéniens fort graves qui lui ont été reprochés à juste titre; de multiplier le nombre des cas dans lesquels elle est applicable; de la rendre plus rapide; enfin de la vulgariser en la mettant à la portée de quiconque sait introduire une sonde dans la vessie.

En voici une analyse rédigée par lui-même:

« L'objection la plus sérieuse que l'on ait faite à la lithotripsie, est tirée du danger de briser les instrumens dans la vessie. Afin de prévenir cet accident, je substitue à l'action de la main, pour mouvoir le marteau, une force que l'on peut modérer avec précision : un long ressort de pendule renfermé dans un bariller. Un dynamomètre permet d'apprécier avec exactitude la valeur des coups frappés. J'analyse ensuite les différens phénomènes qui accompagnent le choc d'un marteau sur un corps. J'en déduis cette conséquence, que le meilleur mode de frapper est celui qui, pour chaque degré du dynamomètre, produira dans le calcul le plus grand nombre de vibrations. Le nombre des vibrations est proportionné à la rapidité avec laquelle les coups se succèdent. C'est pourquoi je mets le ressort en jeu au moyen d'une manivelle. A chaque tour qu'elle fait, le marteau frappe deux coup; on peut donc les précipiter à volonté. Suit, dans le mémoire, le détail du procédé opératoire que j'ai combiné de manière à ce qu'il satisfît à toutes les conditions qui m'ont paru nécessaires pour donner un coup de marteau parfait.

» Les avantages qui me paraissent résulter de cette disposition sont les suivans :

» 1° Avant d'opérer avec un instrument d'un diamètre donné, on déterminera par le dynamomètre la limite que ne doit pas dépasser la force du marteau. Si l'on approche de celle-ci sans que le calcul cède, on arrêtera l'opération. Le danger de briser les instrumens devient donc infiniment petit, pour ne pas dire nul.

» 2° Le chirurgien n'a plus à donner les coups de martau. Il n'y a donc plus d'hésitation, de perte de temps pour les ajuster; l'opération est donc plus rapide, non-seulement parce que les coups se succèdent promptement, mais aussi parce qu'ils ne perdent rien de leur force, tombant tous d'aplomb. Un marteau pèse 3 onces. Il a 11 lignes de diamètre à sa base; le coup marque 22 livres au dynamomètre. Si le martean est dévié; si le côté et non le centre du cercle frappe sur le dynamomètre, il y a perte de 10 livres. Cette perte est beaucoup plus grande si le manche du marteau peut tourner sur son axe comme lorsqu'il est tenu dans la main.

» 3° Puisque la rapidité des coups contribue puissamment à la destruction de la pierre, il est évident, que, par le procédé ci-dessus, on brisera des calculs qui résisteraient à la percussion manuelle : j'ai brisé de la pierre de Volvic avec un instrument de 3 lignes et demie.

» 4° Enfin, la pratique de l'opération devient plus facile, puisqu'elle se réduit à reconnaître et à saisir la pierre.

» Cet appareil instrumental ajoute donc à la lithotripsie sûreté, rapidité, puissance, facilité. »

(Le mémoire et l'instrument de M. Béniqué seront examinés par MM. Dulong, Savart et Breschet.)

— M. Larrey lit en son nom et celui de M. Roux un rapport sur un instrument lithotriteur à écrous brisés, ou articulés, qui a été présenté par M. Leroy d'Étioles, et sur une réclamation de priorité faite à ce sujet par M. Civiale.

Le lithotriteur présenté par M. Leroy n'est autre chose que l'instrument de Jacobson, auquel a été faite l'addition de deux écrous brisés mis en jeu par un mécanisme très-simple, et facile à mettre en mouvement, à l'aide duquel on augmente la rapidité de la manœuvre de l'opérateur.

Quoique cette idée ajoute très-peu de chose à l'idée de l'inventeur, nous avons examiné avec soin, dit le rapporteur, les mémoires adressés par les deux réclamans, et il en est résulté la présomption que ces deux lithotristes ont eu la même idée, et l'ont mise à exécution, en même temps chacun de leur côté, sans avoir eu connaissance ni l'un ni l'autre de leurs propres instrumens.

Conformément aux conclusions de ce rapport, l'Académie accorde son approbation à l'instrument ainsi modifié.

— Au nom des mêmes commissaires, il est donné lecture d'un rapport sur une autre notice de M. Leroy d'Étioles, ayant pour objet l'extraction plus ou moins prompte et facile des fragmens de calculs qui, dans quelques circonstances, s'arrêtent dans le canal de l'urètre après la lithotritie, surtout lorsque l'opération est pratiquée avec les instrumens percuteurs ou constricteurs.

Les perfectionnemens apportés par M. Leroy consistent :

1° A rendre la curette, usitée parmi tous les praticiens, flexible par une articulation *gynclyncoïde*, qui permet, à l'aide d'un petit ressort, de rabattre cette curette sur le calcul, lorsqu'il a été dépassé, et de le rendre immobile dans le point du canal où il est arrêté;

2° A faire couler sur la tige de cette curette une petite pince à trois branches armée d'un foret proportionné pour en opérer le broiement.

C'est assurément, dit le rapport, le dernier degré de perfectionnement apporté à cette branche de la lithotritie.

D'après les conclusions du rapport, l'Académie donne son approbation à ces perfectionnemens.

— M. Leroy d'Étioles adresse un appareil à percussion qu'il a inventé il y a deux ans dans le but de



régulariser la percussion dans l'opération de la lithotripsie.

« Comme M. Béniqué, écrit-il, je m'étais proposé de proportionner la force du choc à la résistance connue du brise-pierre ; mais sous d'autres rapports, il existe entre les deux procédés de notables différences : dans l'instrument de M. Béniqué, tout est immobile, brise-pierre et marteau ; dans le mien, au contraire, tout est libre ; le brise-pierre n'a plus besoin d'être mis à l'étau, car le mécanisme percutant s'adapte au brise-pierre et prend son point d'appui sur lui. »

Cet instrument est renvoyé à l'examen de la commission nommée pour le mémoire de M. Béniqué précité.

Séance du 29.

Jambe artificielle mécanique. — M. F. Martin soumet à l'examen de l'Académie une jambe artificielle dont le mécanisme repose sur de nouveaux principes, et à l'aide desquels, dit-il, les malades amputés à la partie inférieure de la jambe, peuvent marcher, s'asseoir, monter et descendre avec presqu'autant de facilité que s'ils avaient leur membre naturel.

Amidon. — M. Payen lit un mémoire sur l'amidon, dans lequel il rend compte des recherches récentes qu'il a faites et dont il expose ainsi les résultats :

« L'amidon extrait des racines, des tiges et des graines de diverses plantes, quelque variées que soient les formes et dimensions, quelque différens que soient les degrés d'une agrégation dépendante de l'âge de cette substance organique et de la végétation de la plante qui l'a sécrétée, l'amidon a toujours la même composition chimique représentée par la formule $C^{12} H^{10} O^5$.

» Les particules de l'amidon plus ou moins altérées dans leur agrégation par suite de nombreuses transformations artificielles, conservent leur composition chimique, en sorte que les divers produits ainsi obtenus rentrent dans la même formule lorsque l'on a éliminé quelques matières étrangères.

» La dissolution complète de l'amidon, ou sa conversion en dextrine, soit par la diastase, soit par l'acide sulfurique, soit par la soude ou la potasse, agens si dissemblables entre eux, modifie encore plus fortement ses propriétés physiques, sans altérer cependant sa composition élémentaire. L'observation d'un pouvoir élémentaire constant sur la lumière polarisée s'accorde avec toutes les expériences sur les propriétés et la composition chimique de l'amidon, pour démontrer l'identité d'un même corps organique sous des formes différentes ; stabilité d'autant plus remarquable, que l'instabilité dans l'agrégation de ses parties aurait pu conduire à supposer un grand nombre de cas d'isomérie, là où ne se trouvent en réalité que des changemens de forme. »

Ce mémoire est renvoyé à l'examen de MM. Thenard, Dulong et Dumas.

— M. Gerdy lit la première partie d'un mémoire intitulé : *Recherches anatomiques sur l'encéphale.* Nous en rendrons compte au sujet d'un autre mémoire que l'auteur doit lire et qui est relatif à ce sujet.

(*Extr. de la Revue Médicale*).

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

—

Séance du 31 *août* 1836.

M. Gérardin, en son nom et au nom de MM. Desgenettes et Kéraudren, fait un rapport sur un mémoire topographique tendant à prouver l'insalubrité du climat d'Alger et de ses environs ; par M. Bonnafont, docteur en médecine, et démonstrateur à l'hôpital d'Alger.

Conclusions : 1° D'adresser des remerciemens à M. Bonnafont ; 2° de l'engager à continuer son travail sur la topographie médicale d'Alger ; 3° de déposer honorablement son mémoire dans les archives de l'Académie, et d'inscrire son nom sur la première liste des candidats aux places de correspondans.

M. Esquirol considère cette topographie comme très-importante, et demande le renvoi au comité de publication.

Après une discussion peu importante, cette demande, mise au voix, est adoptée.

— M. Cullerier (M. Thyllaie) fait un rapport sur un fauteuil-lit destiné à rendre plus facile l'emploi du *speculum uteri*, présenté par M. H. Pottet, étudiant en médecine à Paris.

Les conclusions, adoptées après une légère discussion, sont d'accueillir favorablement cette communication, et d'adresser des remerciemens à l'auteur.

— M. Londe lit les nouvelles conclusions qui doivent être adressées au ministre, au sujet de la demande de M. Maisonnabe ; elles sont ainsi conçues : La commission propose de répondre à M. le ministre qu'il n'y a aucun motif pour accorder à M. Maisonnabe, plutôt qu'à tout autre médecin, le privilége qu'il sollicite. (Adopté.)

— M. Gimelle (Gérardin et Renoult) fait un rapport sur un mémoire sur le choléra-morbus, suivi : 1° de la description avec modèle d'un nouveau bandage à extension continuelle pour les fractures de la cuisse ; 2° d'un procédé très-simple pour la réduction des luxations scapulo-humérales, appuyé de quelques observations ; 3° d'un procédé trouvé par l'auteur pour passer un séton, avec le précis de l'observation qui a nécessité cette opération ; par M. Thomas Fabien, D.-M.

Conclusions : Remercier l'auteur, envoyer son manuscrit aux archives, porter son nom sur la liste des candidats comme correspondant.

— M. Lodibert fait un rapport défavorable sur un remède secret.

— M. Montain, professeur à l'école secondaire de Lyon, lit un mémoire sur la déchirure de la cloison recto-vaginale, et sur un nouveau moyen de réunion. (M. Blandin, rapporteur.)

— L'Académie vote au scrutin la nomination d'une commission qui doit décider dans quelle section se fera le choix d'un membre résident. Le dépouillement du scrutin donne les noms suivans : MM. Castel, Bailly,



Renauldin, Bourriat, Husson, Civiale, Baudelocque, Guéneau de Mussy, Dupuy, Reveillé-Parise, Honoré.

— On passe ensuite au scrutin pour la nomination d'une autre commission qui doit présenter les candidats aux places de membres correspondans : cette commission se composera de MM. Double, Delens, Villeneuve, Bousquet, Renauldin, Dizé, Lisfranc.

— M. Roux, de Brignolles, lit un mémoire sur différens points de chirurgie. (Nous en parlerons à l'occasion du rapport.)

Séance du 6 septembre.

Présidence de M. Louyer-Willermay.

Correspondance officielle.

1° Lettre de M. le ministre de l'instruction publique, annonçant qu'il tient à la disposition de l'Académie les thèses de MM. Breschet, Bérard, Laurent et Chassaignac, toutes présentées au concours pour la chaire d'anatomie.

2° Lettre de M. le ministre du commerce, avec envoi d'une note de M. le docteur Costallat, lequel propose de former dans nos possessions d'Afrique un établissement destiné à recevoir des phthisiques. (Commissaires, MM. Andral et Louis.)

3° Etat des vaccinations de la Seine-Inférieure, du Bas-Rhin, de Maine-et-Loire et de la Vienne. (Renvoyé à la commission de vaccine.)

Correspondance manuscrite.

1° Mémoire sur une *association* apportée au stéthoscope par M. le docteur Vallez. L'objet de cette *association* est le thermomètre centigrade. (Commissaire, M. Piorry.)

2° Nouveaux procédés de chirurgie, par M. Barthélemy, chirurgien aide-major à l'hôpital du Gros-Caillou. (Commissaires, MM. Poirson et Gimelle.)

3° Lettre de M. Lafargue, contenant quelques réflexions sur les moyens d'empêcher l'introduction de l'air dans les veines pendant les opérations chirurgicales qui se pratiquent au cou. (Commissaire, M. Hervez de Chégoin.)

4° Deux observations de M. Caron du Villards, l'une de caratacte par broiement et absorption sans déplacement l'autre d'un anévryme variqueux énorme, suite d'une saignée, et guéri par le procédé de Hunter. (Commissaires, MM. Sanson et Roux.)

De la coïncidence de l'apoplexie avec l'hypertrophie du Ventricule gauche du cœur; par M. Vassal. — Rapport de M. Bouillaud.

Le mémoire de M. Vassal ne contient qu'une seule observation, de laquelle il tire huit conclusions : 1° que l'hypertrophie du ventricule gauche est le résultat des contractions réitérées et anormales de ses parois; 2° que cette altération a deux périodes caractérisées par des phénomènes distincts; 3° que l'hypertrophie du ventricule gauche peut déterminer des hemorrhagies cérébrales chez les sujets affaiblis; 4° qu'elle provoque souvent l'apoplexie chez les orateurs et les auteurs; 5° qu'elle est sans influence sur les individus jeunes et robustes; 6° que la phlébotomie ne saurait diminuer ni la force, ni la fréquence des contractions du cœur, et qu'elle est plus nuisible qu'utile; 7° chaque période de l'hypertrophie a son traitement; 8° la coïncidence de l'apoplexie avec l'hypertophie du ventricule gauche ne suppose pas toujours une relation de cause à effets.

M. le rapporteur regrette de ne pouvoir partager en en tous points les opinions de M. Vassal : il doute même de la réalité de la maladie qu'il attribue à son malade, ou du moins il penche à croire qu'il y avait avec l'hypertrophie une grave lésion de la membrane interne du cœur et des valvules, lésion bien plus redoutable que l'épaississement des parois de cet organe.

En acceptant l'observation de M. Vassal pour ce qu'il la donne, M. le rapporteur se demande la part que l'hypertrophie prend aux hémorrhagies cérébrales; il la croit très-grande, cette part beaucoup plus grande que ne semble le croire M. Vassal, puisqu'il y apporte des restrictions indiquées dans sa troisième conclusion. Mais ce n'est pas la seule condition qui favorise l'apoplexie : M. Bouillaud en reconnaît une autre dans l'état crétacé des artères, état qui les rend friables et cassantes. Ainsi, d'une part, excès d'impulsion du ventricule, et de l'autre, résistance moindre des vaisseaux. Connaît-on un état, une disposition plus favorable aux hémorrhagies cérébrales?

M. Rochoux n'est pas du sentiment de M. Bouillaud : il ne croit pas que l'hyperrrophie du cœur influe sur la formation de l'apoplexie, mais il entend ce mot autrement que son confrère. Il réserve le nom d'apoplexie aux seules hémorragies par rupture cérébrale. Les hémorrhagies par rupture d'artères ne sont pas pour lui des apoplexies.

M. Bouillaud se félicite d'avoir posé assez nettement la question pour avoir contraint M. Rochoux à une explication telle, qu'il doit être évident pour tout le monde qu'il n'y a plus entre eux d'autre dissidence que dans les mots. Ils ne parlent pas la même langue, sans cela ils s'entendraient parfaitement. Toutefois, M. Bouillaud ajoute que M. Rochoux ne parle ni la langue de Morgagni, ni celle de M. Serres, etc., il s'est fait un dictionnaire à part.

M. Piorry insiste sur cette confusion de mots, en et déduit la nécessité de réformer la nomenclature médicale : il propose, par exemple, de substituer le mot *encéphalorrhagie* à celui d'apoplexie.

M. Bouillaud trouve ce mot vague, impropre, en ce qu'il ne désigne pas plus un épanchement de sang qu'un épanchement de sérosité ou de tout autre liquide.

M. Piorry fait observer que la désidence du mot *encéphalorrhagie* indique tout de suite une perte de sang; c'est un effet de l'usage, le meilleur de tous les maîtres en fait de langues. Au surplus, on préviendrait toutes les objections en faisant précéder cette dénomination de cette autre : *hémo*, et alors on aurait *hémo-*

encéphalorrhagie, (*Quelques voix* : Eh ! dites tout bonnement *apoplexie*.)

Le rapport, mis aux voix, est adopté.

Au nom de la commission des remèdes secrets, M. Martin-Solon lit plusieurs rapports dits des remèdes secrets. Les rapports sont adoptés, les remèdes rejetés.

Mémoire sur la lithotripsie ; par M. le docteur BÉNIQUÉ, ancien élève de l'Ecole Polytechnique.

L'occasion de ce travail est née du désir de répondre à quelques objections, et notamment au reproche fait à la lithotripsie, et malheureusement autorisé par quelques exemples, le danger de fausser ou de briser les instrumens dans la vessie.

Du reste, il ne s'agit ni de la valeur de cette méthode, ni de sa prééminence sur la taille ; l'auteur l'accepte comme un excellent procédé, et recherche uniquement les élémens qui concourent aux résultats qu'il se promet.

La percussion est très-préférable à la pression : elle expose beaucoup moins à l'accident dont il vient d'être parlé. Mais pour frapper il faut un marteau. Après une exposition claire et lumineuse de quelques principes de physique. M. Béniqué conclut que les petits marteaux valent mieux que les gros : 1° parce qu'ils brisent plus aisément la pierre : 2. parce qu'ils protégent les instrumens ; 3° parce qu'ils divisent le calcul en un plus grand nombre de fragmens ; 4. parce qu'ils projettent les éclats avec moins de violence. Il propose des marteaux du poids d'une once comme les plus avantageux, même pour frapper sur de gros instrumens. Néanmoins, si l'on avait affaire à une pierre très-dure, on pourrait aller jusqu'aux deux onces, mais jamais au-delà.

Le manche du marteau n'est pas une chose indifférente. Si, comme on n'en saurait douter, les vibrations sont les élémens les plus propres à favoriser la division de ces pierres, il faut nécessairement renoncer aux manches de fer. Tout le monde voit qu'un manche de métal, servant de conducteur aux vibrations, celles-ci ne pourront se concentrer sur le corps frappé. La baleine est la substance que préfère M. Béniqué, et cela à cause de son élasticité.

Mais il est très-difficile de frapper des coups bien précis avec de très-petits marteaux tenus à la main ; cette raison et la crainte de briser les instrumens qui ne quitte pas M. Béniqué, lui ont fait chercher un autre moteur. Il a fait choix d'un long ressort de pendule monté sur un arbre auquel s'adapte une clef.

Le ressort est renfermé dans un barillet de deux pouces de diamètre, et c'est à ce dernier qu'est fixé le manche du marteau. On peut rapidement changer de manche et de marteau.

Disons maintenant comment le ressort, et par conséquent le marteau, est mis en mouvement.

Il était important que les choses pussent se succéder très-rapidement, et comme les mouvemens contraires sont ceux dans lesquels on perd le moins de temps, voici le procédé auquel il s'est arrêté.

Le barillet porte perpendiculairement à son plan latéral une saillie carrée en acier trempé ; un plateau circulaire est fixé parallèlement au barillet sur un axe autour duquel une manivelle lui imprime un mouvement de rotation.

Deux petites palettes sont placées sur le plateau, perpendiculairement à son plan, sur la face qui regarde le barillet.

Qu'arrivera-t-il quand on fera tourner le plateau ? les palettes rencontreront la saillie du barillet.

Si l'axe du plateau était le même que celui du barillet, celui-ci tournerait indéfiniment avec le plateau.

Mais ces deux axes sont distans de 6 lignes. La petite saillie est rencontrée et emmenée par la palette ; elle glisse sur elle, puis elle échappe brusquement. En ce moment le barillet reprend sa place et le marteau frappe son coup. Il y a deux palettes, le marteau frappera donc deux coups à chaque tour de la manivelle.

On peut donc, dans un temps limité, frapper un nombre considérable de coups, jusqu'à 400 par minute.

Il pourrait être utile d'élever plus ou moins le marteau avant de le laisser retomber. C'est ce que permet un mécanisme fort simple.

La petite saillie carrée est rapprochée ou éloignée du centre du barillet, selon le sens dans lequel on pousse un bouton. Dans le premier cas, le marteau s'élève plus haut et frappe plus fort ; dans le second cas, sa course est raccourcie et l'énergie du coup diminuée.

L'opérateur a donc à sa disposition deux moyens à l'aide desquels il peut, sans interrompre l'action du marteau, faire varier la force des coups. Pendant qu'une main tourne la manivelle, l'autre peut aisément mouvoir la clef ou le bouton. Cette dernière action est aussi rapide que la pensée. Enfin pour que le coup de marteau fût parfait, il fallait, comme je l'ai dit encore, que celui-ci fût relevé immédiatement après le choc, autrement son contact avec le percuteur aurait arrêté les vibrations.

Au barillet est ajustée une plaque qui arrête sa course. Cette plaque est mobile. Lorsque l'on tourne une vis, le marteau, à l'état de repos, s'éloigne plus ou moins du corps sur lequel il doit frapper.

Alors il ne peut atteindre le percuteur qu'autant que le ressort, au moment de l'échappement, lui imprime assez de force pour fléchir le manche de baleine.

Cette flexion dépense une partie de la force du coup ; mais le marteau est relevé avec une énergie proportionnée à sa dépense, c'est-à-dire à la distance qui, dans l'état de repos, sépare le marteau du point sur lequel il doit frapper.

Si l'on avait pris une simple tige pour fixer le percuteur à l'appareil, chaque coup de marteau aurait produit dans cette tige des flexions par l'effet desquelles le calcul aurait éprouvé dans la vessie des déplacemens nuisibles.

Ici c'est au sommet d'un triangle que s'adapte le percuteur. Le coup est toujours soutenu par un arc-boutant ; et si l'on place une règle verticale derrière le calcul, à une demi-ligne de distance de la branche femelle du

percuteur, elle ne sera jamais atteinte par celui-ci pendant les coups de marteau. Le déplacement est donc presque nul.

Quant au percuteur, il est réduit à une simplicité qui compense en partie la complication de l'appareil que je viens de décrire. Il ne diffère d'un cathéter ordinaire que par la forme de sa courbure. Dès que la pierre est saisie par lui, une main le tient immobile dans la position qui place le calcul aussi près que possible du centre de la vessie.

Aussitôt l'autre main approche tout l'appareil, qui vient avec la plus grande facilité saisir le percuteur. Une vis les unit. une autre vis fixe l'appareil.

Je n'entrerai point dans le détail de ce mécanisme; je me bornerai à dire que la mobilité résulte du jeu d'une sphère d'acier renfermée entre deux cuillers de fer.

Enfin, deux petits ressorts placés dans l'intérieur de l'appareil rapprochent l'une de l'autre les deux branches du percuteur entre lesquelles la pierre est saisie.

Par excès de prudence, on peut, avant le rapprochement complet, interposer les doigts entre ces deux parties du brise-pierre.

A peine est-il nécessaire de dire qu'un dynamomètre s'adapte avec la plus grande facilité à la place du percuteur, et donne une mesure très-précise de la force des coups qui seront frappés.

Voici les conclusions de l'auteur :

« L'application du dynamomètre aux instrumens destinés à briser la pierre, soit par percussion, soit par pression, fait disparaître de la lithotripsie le danger de les fausser ou de les rompre dans la vessie.

« La percussion doit être exécutée avec un marteau d'une très-petite masse, pesant habituellement d'une demi-once à une once.

« Par le procédé qui vient d'être décrit, on brise aisément, avec des instrumens de moins de deux lignes de diamètre, des pierres d'une extrême résistance, telles que marbre blanc des Pyrénées, etc.

» La destruction est rapide, puisque le marteau peut frapper 400 coups par minute.

» Elle a lieu suivant le mode le plus convenable, la légèreté du marteau contribuant à réduire le calcul en un grand nombre de fragmens projetés avec peu de force.

» Enfin, la méthode que je propose est incontestablement celle qui permet d'employer, avec le plus d'avantage et le moins de danger, les instrumens d'un très-petit diamètre. »

Cette lecture terminée, M. Thomson en commence une autre sur l'anatomie du bas-ventre et des hernies; l'heure avancée en fait remettre la suite à la séance prochaine.

Séance du 13 septembre.

Présidence de M. Louyer-Willermay.

Correspondance officielle.

1° Lettre de M. le ministre de l'instruction publique.

Un pharmacien de l'école de Paris, M. Galey, croit avoir trouvé un moyen de guérir la morve des chevaux. Il en a instruit M. le ministre de la guerre, qui s'est empressé de nommer une commission composée d'un lieutenant-général, d'un colonel, d'un sous-intendant, d'un médecin-vétérinaire et d'un membre de l'Institut. Cette commission en demande une autre, afin de constater les expériences à faire et d'en vérifier les résultats. M. le ministre de la guerre a transmis ce vœu à son collègue de l'instruction publique, lequel prie l'Académie de lui désigner un de ses membres pour faire partie de la seconde commission. L'Académie a nommé M. Dupuy, ex-directeur de l'école vétérinaire de Toulouse.

2° Supplément aux vaccinations de la Haute-Garonne.

3° Supplément aux vaccinations de la Loire-Inférieure.

4° Supplément aux vaccinations de Saône-et-Loire.

5° État des vaccinations de la Somme.

6° État des vaccinations des Pyrénées-Orientales.

Correspondance manuscrite.

1° Lettre de M. le docteur Vallat : demande le titre de membre correspondant, et produit ses titres à l'appui.

2° Lettre de M. Boutigny : même objet.

3° Lettre de M. Benardate, avec envoi d'un paquet cacheté contenant la recette d'un remède auquel il attribue la propriété de faire pousser les cheveux.

Anatomie du bas-ventre. — Lecture de M. Thomson.

M. Thomson reprend la lecture commencée dans la séance précédente; l'objet de cette lecture est l'anatomie du bas-ventre considérée en vue de guérir les hernies.

L'auteur annonce que, s'occupant depuis six ans du même objet, il croit avoir sur la structure du bas-ventre des notions plus saines et plus complètes que celles qu'on trouve dans les livres ou qui circulent dans les amphithéâtres.

Voici quelques-uns des résultats auxquels M. Thomson est arrivé.

A. Toute hernie inguinale interne contenue dans le canal inguinal aura, selon M. Thomson, six lames pour enveloppes tégumentaires.

1° La peau; 2° le tissu cellulaire sous-cutané; 3° la lame commune du fascia superficiel; 4° la portion abdominale de la lame profonde du fascia superficiel de la cuisse; 5° le dartos; 6° la lame profonde du fascia superficiel de l'abdomen.

B. Toute hernie inguinale interne ou externe et scrotale aura pour envéloppes tégumenteuses cinq lames, savoir : 1° la peau; 2° le tissu cellulaire graisseux sous-

cutané; 3. la lame commune du fascia superficiel; 4. le dartos; 5. la lame profonde du fascia superficiel du ventre.

C. Toute hernie ombilicale aura pour enveloppes tégumentaires quatre lames : 1° la peau; 2° le tissu cellulaire graisseux sous-cutané; 3° la lame commune du fascia superficiel; 4. la lame profonde du fascia superficiel du ventre.

D. Toute hernie crurale aura pour enveloppes tégumentaires six lames ou couches, savoir : 1° la peau; 2° le tissu cellulaire graisseux sous-cutané; 3. la lame commune du fascia superficiel de la cuisse; 4° les ganglions lymphatiques superficiels de l'aîne avec leurs vaisseaux de communication et la graisse qui s'y trouve entremêlée; 5° le dartos; 6° la portion fémorale de la lame profonde du fascia superficiel de l'abdomen.

Ces couches se trouvent dans la dissection des hernies; c'est à tort qu'elles ont été regardées jusqu'ici comme le résultat des tractions ou des pressions exercées sur du tissu cellulaire lamelleux par les tumeurs herniaires

Quelque intéressante que soit cette lecture, elle paraît peu académique à quelques membres, qui demandent que le travail de M. Thomson soit renvoyé à des commissaires; d'autres voudraient seulement qu'elle fût fractionnée et distribuée en plusieurs séances. Cette proposition est adoptée.

Scie à molettes de M. le docteur Martin. — Rapport de MM. Duval, Thillaye et Oudet.

De tous les instrumens dont on se sert pour la résection des os, la scie ordinaire est certainement le plus simple et le plus facile à manier; mais il est en chirurgie mille cas où l'on n'en peut faire usage. C'est cette impossibilité qui a fait inventer les scies à chaînettes, et enfin les scies à molettes. Mais ces scies elles-mêmes ne se prêtaient pas toujours aux volontés des chirurgiens.

Dans les premiers mois de 1835, un malade entra à l'hôpital Beaujon, dans la salle de M. Blandin, pour des exostoses éburnées d'un volume énorme qu'il portait à la face. Elles étaient semées, les unes sur le corps et les branches de la mâchoire inférieure, les autres dans l'espace qui sépare l'apophyse montante de l'os maxillaire supérieur et sa portion malaire. Ces dernières, quoique moins volumineuses que les précédentes, dépassaient le niveau du nez et refoulaient l'œil vers le haut de la cavité orbitaire. Ces diverses tumeurs avaient déjà été attaquées, il y a environ quinze ans, par un de nos honorables collègues, qui, ne trouvant pas dans les ostéotomes alors mis en usage le moyen de les enlever complètement, avait été forcé d'en laisser subsister une partie. M. Blandin cependant se décida pour une nouvelle opération. Mais par quel instrument parvenir à emporter dans leur totalité ces masses compactes? La scie de M. Heine et celle de MM. Thomson et Charrière ne pouvaient évidemment convenir; car ces scies, n'agissant que dans une direction droite et opérant une section planiforme, il était de toute impossibilité qu'elles enlevassent ces tumeurs situées dans les sillons latéraux du nez et qu'elles s'accommodassent à la concavité de cette région. M. Blandin fit part de ces difficultés à M. Martin, qui conçut et fit, d'après divers essais, exécuter l'instrument dont nous allons donner la description. La première indication que M. Martin avait à remplir était de pouvoir, avec son instrument, pratiquer une section sur des parties qui, dans l'état normal, présentent une concavité; pour cela il fit d'abord construire une molette convexe représentant un segment de sphère creuse, et la fit monter sur un touret en l'air, à l'instar d'un pédicule de champignon, auquel cette extrémité de l'instrument ressemble dans son ensemble. Un vilbrequin fut adapté à l'extrémité opposée de l'instrument, et c'est par là que le mouvement devait être communiqué à la molette. Le premier essai qui fut fait sur le cadavre répondit entièrement à son attente, et dès lors M. Martin fut convaincu de la possibilité d'obtenir une section de forme concave. Il ne s'agissait plus que de donner à cet instrument un perfectionnement qui en facilitât le mouvement et en assurât l'action.

Ce perfectionnement consistait à rendre indépendante l'une de l'autre la part d'action du chirurgien et de l'aide. Pour cela, M. Martin n'a eu qu'à briser la tige centrale du touret et à articuler les deux extrémités de cette brisure à la manière de la suspension de la lampe de Cardan ou des horloges marines.

M. Velpeau a employé plusieurs fois la scie à molettes de M. Martin, et il n'a eu qu'à s'en féliciter. Avec elle, on se dispense de reséquer les extrémités des os, opération dangereuse, et qui, dans les cas les plus heureux, coûtait toujours une difformité aux malades. La première fois qu'il en a fait usage, c'est dans une carie de la malléole externe, carie si profonde, que très-probablement il eût fallu en venir à l'amputation : la scie de M. Martin permet d'attaquer la carie, d'exciser les os et de s'arrêter quand on veut. La chose est d'autant plus facile, que celui qui dirige la scie n'est pas celui qui la met en mouvement. Ce sont deux actions parfaitement distinctes, dont l'une regarde le chirurgien et l'autre son aide.

M. Blandin fortifie par de nouvelles observations tout ce que vient de dire M. Velpeau.

Rapport sur l'eau de Grasville, destinée à alimenter le Havre, par M. Boulay.

M. le ministre de commerce ayant consulté l'Académie sur la qualité des eaux de Grasville, l'Académie s'est déchargée de sa mission sur la commission des eaux minérales.

Après avoir attentivement examiné les échantillons qui lui ont été transmis, après en avoir fait l'analyse, la commission est d'avis :

1° Que l'eau de Grasville doit être considérée comme potable et d'assez bonne qualité; elle n'atteint pas toutefois la pureté de l'eau de la Seine; mais elle est très-analogue à l'eau d'Arcueil, et supérieure à beaucoup d'autres dont on use habituellement.

2° Qu'il eût été très-important de faire coopérer cette source avec les eaux anciennes du Havre, et surtout avec celles de *Rouelle*, qui viennent, concurremment avec elles, apporter l'abondance dans une ville qui en avait un puissant besoin.

3° Enfin, que l'eau de la source de Grasville dirigée sur le Havre, dont le développement est si rapide, et dont les besoins augmentent chaque jour en raison de l'accroissement de la richesse, est un immense bienfait, qui doit être accueilli par les habitans et encouragé par le gouvernement.

Déviation de l'épine. — Communication verbale de M. Bouvier.

M. Bouvier présente la colonne vertébrale d'un enfant rachitique, âgé de vingt-six mois, qui portait une déviation simple de l'épine, à convexité gauche, avec gibbosité costale située du même côté.

La région cervicale a la direction ordinaire. Les premières vertèbres dorsales décrivent une courbe légère, à convexité droite, dont le centre répond à la cinquième. A partir de la sixième dorsale, la colonne se déjette fortement à gauche; elle revient à droite au-delà de la neuvième, en formant ainsi un coude très-prononcé, à convexité gauche, qui a cette vertèbre pour centre. Elle continue, depuis la onzième, à descendre obliquement à droite jusqu'au sacrum. Il résulte de là que la colonne s'incline successivement dans deux sens opposés; elle penche à gauche dans sa portion inférieure ou lombaire, et à droite dans sa région supérieure ou dorsale. Ces deux inclinaisons se balancent réciproquement, de manière que le haut de la colonne reste situé dans la ligne verticale de gravité. Les huitième, neuvième et dixième dorsales sont notablement amincies à droite.

Outre ces déviations dans le sens latéral, la douzième dorsale, les première et deuxième lombaires en offrent une autre à convexité postérieure. Le corps de ces vertèbres est comme écrasé dans toute sa largeur; la première lombaire surtout a considérablement diminué de hauteur.

C'est une idée à peu près universellement répandue, que les os sont ramollis dans le rachitisme, et c'est ainsi que l'on explique comment ils cèdent et se courbent en différens sens. L'état des os, sur cette pièce, contredit cette opinion, quant à ce qui concerne les vertèbres. Celles-ci offrent en effet leur cohésion ordinaire, et le stylet ne pénètre en aucun point leur tissu.

On a supposé, sans s'appuyer d'aucun fait, une altération des ligamens inter-vertébraux, une sorte de gonflement scrofuleux et de ramollissement de ces ligamens, qui serait l'origine du plus grand nombre des déviations qu'on observe chez les jeunes sujets. Rien de semblable n'existe sur cette pièce, que l'on peut cependant considérer comme un type des déviations commençantes.

M. Bouvier démontre successivement, sur cette colonne vertébrale, les effets des différentes puissances qui agissent sur les vertèbres, et qu'il représente par des poids diversement placés.

1° Un poids de deux à trois livres, suspendu à l'extrémité supérieure de la colonne, accroît la courbure dorsale et l'inclinaison de l'axe lombaire. Il faut un effort assez grand pour redresser avec les mains la colonne ainsi chargée; on y parvient, au contraire, avec une grande facilité, lorsqu'on a ôté le poids.

Cette expérience est l'image de ce qui arrive dans la station, lorsque la tête, les membres supérieurs et les viscères pèsent sur l'épine, qui résiste alors beaucoup plus au redressement, que dans la position horizontale, où elle est soustraite à cette influence de la pesanteur. Les appareils orthopédiques employés dans la station devront donc, pour conduire au même résultat, développer plus de force que ceux qu'on appliquera dans le décubitus, et détermineront ainsi une pression et une gène plus considérables que ces derniers.

2° Le même poids suspendu à l'extrémité inférieure de la colonne diminue notablement sa courbure et efface l'inclinaison des lombes. L'action de ce poids représente celle qu'exerce, pendant la vie, une extension légère de l'épine, soit au moyen d'un effort qui tire sur le bassin, soit à l'aide de la suspension gymnastique par les bras.

3° Si à l'action du poids on ajoute l'effort de trois doigts placés vis-à-vis le centre et les extrémités de la courbure, celle-ci se redresse complétement. C'est d'une manière analogue qu'agissent les pressions et les tractions latérales au moyen desquelles le rachis est redressé pendant la vie, comme un arc dont on appuie sur le genou le côté convexe en attirant ses extrémités dans le sens opposé.

4° Le poids étant suspendu perpendiculairement à l'une des extrémités de l'arc décrit par la colonne, qu'on retient horizontalement par l'autre extrémité, donne l'idée de l'effet le plus grand qui puisse résulter d'efforts opposés, agissant transversalement au centre et aux extrémités de la courbure. On voit alors que bien que cette pièce réunisse toutes les conditions les plus favorables à l'action des puissances mécaniques, l'effet d'un poids de sept livres ainsi appliqué se borne à ramener les vertèbres à la ligne droite, et qu'on ne pourrait sans rupture, courber la colonne en sens opposé, comme on a cru le faire dernièrement au moyen du lit de Shaw modifié.

5° En pressant sur la convexité de l'arc, le rachis étant dans l'attitude de la station, on efface l'inclinaison lombaire; mais cet effet résulte uniquement d'un mouvement de totalité de la colonne sur le sacrum, qui ne modifie point la courbure, parce qu'il augmente l'inclinaison de la région dorsale, dans la même proportion qu'il diminue celles des lombes. Telle est la manière d'agir des appareils à inclinaison. Ce n'est que dans les courbures légères qu'on peut attendre de l'action musculaire, pendant la vie, un effort capable de résister à la force avec laquelle l'appareil tend à incliner le haut de la colonne. La méthode d'inclinaison serait encore moins efficace dans une déviation double, où elle ne ferait que déplacer l'axe du rachis par rapport au bassin, sans diminuer en rien les courbures.

(*Extr. du Journal hebdomadaire de médecine*).



Errata du Bulletin Médical Belge.

Page 269, 1re colonne, note 2, ligne 3, au lieu de abandonnant *l'ouvrage* des machines, lisez : abandonnant *l'usage* des machines.

» 2e colonne note, ligne 17, au lieu de . . . . étranglée par *l'écartement* de ces deux côtes, lisez : étranglée par *le resserrement* de ces deux côtes.

Page 271, 2e colonne, note, ligne 2, au lieu de *Comment. I. in homm. Hippocr.*, lisez *Comment I. in oper. Hippocr.*

Page 275, 1er colonne, ligne 43, au lieu de contredire un *épiderme problématique*, etc., lisez : un *épiderme possible*

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS CE VOLUME.



JOURNAL DE PHARMACIE.

JOURNAUX ÉTRANGERS.

THE LANCET.

HOPITAL DU NORD DE LONDRES.

MEDICO-CHIRURGICAL REVIEW.

KLEINERT'S REPERTORIUM.

HUFELAND'S U. OSANN'S, JOURNAL DER PRAKTISCHEN HEILKUNDE.

HEIDELBERGER KLINISCHE ANNALEN.

SCHMIDT'S JARBUECHER DER IN-UND AUSLAENDISCHEN MEDICIN.

BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ENCYCLOGRAPHIE

DES

SCIENCES MÉDICALES

TOME ONZIÈME (2me série.)

NOVEMBRE 1836.



BRUXELLES,

ÉTABLISSEMENT ENCYCLOGRAPHIQUE, FAUBOURG DE FLANDRE, N° 14.

1836.

BULLETIN MÉDICAL

BELGE,

RÉDIGÉ

PAR UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS,

ET PUBLIÉ SOUS LA DIRECTION DE

J.-R. MARINUS,

DOCTEUR EN MÉDECINE, SECRÉTAIRE-ADJOINT DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES, MEMBRE CORRESPONDANT DE L'INSTITUT HISTORIQUE, DE LA SOCIÉTÉ ROYALE DES SCIENCES, LETTRES ET ARTS D'ANVERS, DES SOCIÉTÉS DE MÉDECINE DE LOUVAIN, DE GAND, DE CAEN, DE LA SOCIÉTÉ POLYTECHNIQUE DE PARIS, DE L'ACADÉMIE DE CHIRURGIE D'AMSTERDAM, ETC.

11me LIVRAISON. — NOVEMBRE 1836.

BRUXELLES,
ÉTABLISSEMENT ENCYCLOGRAPHIQUE, FAUBOURG DE FLANDRE.

1836.

BULLETIN MEDICAL BELGE.

N° 11. — NOVEMBRE 1836.

MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

—

ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES.

Mémoire sur le rhumatisme, lu à la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles, dans la séance du 5 septembre 1836; par le docteur VAN MONS, médecin en chef de l'hôpital Saint-Pierre, secrétaire perpétuel de la Société.

Le rhumatisme est-il une affection simple ? ou présente-t-il des particularités, qui doivent le faire admettre parmi les affections spécifiques ? voilà ce qu'un examen attentif de ses causes, de ses symptômes, de sa marche, des altérations organiques auxquelles il donne lieu, et de la médication qui lui est opposée avec le plus de succès, peut seul nous apprendre.

Il est un fait qui échappe rarement aux médecins qui ont eu à traiter un certain nombre de rhumatismes, c'est que cette maladie, même lorsqu'elle débute d'une manière fort intense, se manifeste quelquefois sans cause connue.

Dans d'autres circonstances ce n'est qu'après une action très-prolongée de certaines causes que le rhumatisme se déclare.

Ainsi chez les militaires et les marins, ce n'est pas pendant qu'ils couchent dans les bivouacs, sur le tillac, la terre humide, exposés à toutes les vicissitudes atmosphériques qu'ils éprouvent les premières atteintes de cette maladie; mais bien lorsque de retour dans leurs foyers ils se sont livrés depuis quelque temps au repos, à une vie sédentaire. Il en est de même des personnes qui habitent une maison humide ou nouvellement bâtie, ce n'est qu'au bout d'un certain temps qu'elles s'en voient atteintes.

On doit admettre dans ces différens cas que la maladie germait dans l'économie et devait son origine à un état antérieur de l'organisme. Aussi apprend-t-on alors en interrogeant le malade qu'il était indisposé depuis un certain temps, qu'il ressentait du malaise, de l'accablement, des douleurs de tête, des vertiges, des étourdissemens, des tintemens d'oreilles, des saignemens de nez, des maux de gorge, des oppressions, des flux hémorrhoïdaux, etc., etc.

Si nous passons maintenant à l'étude des symptômes nous remarquons que le rhumatisme est souvent précédé de phénomènes précurseurs et d'une fièvre durant quelquefois vingt-quatre heures ; qu'il n'attaque pas un seul organe, comme la plupart des inflammations simples, mais qu'il occupe presque constamment plusieurs parties à la fois ; que sa marche n'est pas régulière mais bien intermittente; qu'il n'épuise pas toute son action sur une seule partie, mais qu'il change de siége à chaque instant. Il disparaît et récidive, s'amende et se réveille plusieurs fois dans le cours d'un même accès. Il se déclare quelquefois subitement et avec un très-haut degré d'intensité ; puis il disparaît brusquement.

Quand un individu a été atteint d'une inflammation simple bien guérie, il demeure rarement disposé à la contracter de nouveau : il n'en est pas ainsi du rhumatisme : il est rare qu'une personne qui a subi un accès, n'en éprouve plus par la suite. On sent combien toutes ces circonstances sont étrangères aux inflammations franches.

La durée et les terminaisons du rhumatisme diffèrent aussi de celles des inflammations simples. Le rhumatisme est souvent très-opiniâtre et rebelle aux antiphlogistiques; il se termine presque toujours par délitescence, jamais par suppuration et par gangrène. Il est rare aussi de trouver des altérations organiques dans les muscles et les parties fibreuses, chez des sujets qui ont succombé pendant l'existence du rhumatisme.

Mais si, comme nous croyons en avoir donné la preuve, le rhumatisme n'est pas une inflammation simple, en quoi consiste l'autre élément qui le compose ? Est-ce dans une modification particulière de l'organisme, ou dans une altération du sang ? Ici commence le vague et l'incertain : tout devient hypothèses plus ou moins spécieuses. On peut cependant tirer de tout ceci la conséquence que le traitement antiphlogistique seul ne doit pas suffire dans un grand nombre de cas pour combattre le rhumatisme, et qu'il faut applaudir aux efforts de ceux qui ont cherché à découvrir un agent quelconque à opposer à l'élément inconnu du rhumatisme. Ce moyen est, selon nous, le tartre émétique à haute dose, dans le rhumatisme aigu ; différens narcotiques et les balsamiques dans les rhumatismes chroniques. Les antiphlogistiques mis exclusivement en usage, ne réussissent jamais aussi bien, que quand ils sont unis aux remèdes précédens.

Ire OBS. — *Rhumatisme articulaire aigu, des plus intenses.*

La nommée Amélie Sterckx, âgée de 35 ans, née à Soignies, nettoya, douze jours avant d'entrer à l'hô-



pital, toute sa maison. Un travail aussi fatigant la fit naturellement transpirer; c'est pendant cette transpiration qu'elle trempa ses mains et ses pieds dans l'eau froide et qu'elle demeura exposée à des courans d'air. Une cause aussi puissante de maladie ne devait sans doute pas rester sans effets.

Elle fut atteinte le lendemain d'une douleur dans tous les membres, accompagnée d'impossibilité de se mouvoir, etc., en un mot, un rhumatisme articulaire des plus intenses ne tarda pas à se manifester.

Deux saignées lui furent pratiquées en 2 jours et 12 sangsues appliquées sur la poitrine.

Malgré une médication aussi active, la malade voyant son mal empirer de jour en jour se fit transporter à l'hôpital, le 28 décembre au soir.

Cette femme d'une constitution semi-lymphatique avait les articulations des genoux, des pieds, des épaules, des coudes et des mains prises; l'articulation fémoro-tibiale droite contenait un peu de sérosité; la fièvre, la douleur intense, l'impossibilité de se mouvoir, d'uriner, etc., nous firent juger que la malade était atteinte d'un de ces rhumatismes aigus qui envahissent instantanément la presque totalité des articulations. Il y avait impossibilité de la saigner, à cause de la flexion des avant-bras, et de leur contracture sur les bras, et qu'il était impossible de pratiquer cette opération dans une telle position. Ce concours de circonstances nous fit recourir de suite à l'émétique. Il fut administré (après nous être bien convaincu de l'état sain des voies digestives) à la dose de XIV grains.

Le lendemain 29 décembre, un mieux notable s'était déjà manifesté, les douleurs n'étaient plus aussi fortes, et les articulations encore immobiles hier, étaient déjà mobiles aujourd'hui, à tel point qu'on put lui pratiquer une saignée de 12 onces. La malade n'avait ni vomi ni été à la selle et la langue continuait à garder son aspect physiologique. Le tartre émétique fut continué à la dose de gr. X.

Le 30 décembre, la malade nous dit avoir vomi deux fois et ne pas avoir été à la selle. Déjà elle se remuait dans son lit et le jeu de ses articulations n'était plus entravé. La douleur si forte auparavant avait tout à fait disparu et la fluctuation du genou encore légèrement sensible hier ne l'était plus aucunement aujourd'hui. L'émétique fut continué à la dose de gr. X.

Le 31 décembre, on pouvait déjà envisager la malade comme entièrement guérie. En effet, aucun des symptômes existant avec tant de force trois jours auparavant ne subsistait aujourd'hui. Elle a été six fois à la selle. Une soupe au lait fut accordée et le médicament continué à la dose de gr. VIII seulement.

Le 1er janvier, le jeu de toutes les articulations est libre et aucune douleur, même à une pression assez forte ne se fait plus sentir. On continue néanmoins le tartrate de potasse et d'antimoine à la dose de VI grains. Elle n'a été que deux fois à la selle.

Les 2, 3 et 4 janvier, on va successivement en diminuant jusqu'à ce qu'enfin toute crainte de rechute soit entièrement dissipée.

IIe Obs. — *Rhumatisme articulaire aigu.*

Marie Rozen, âgée de 28 ans, d'une constitution forte, entra à l'hôpital Saint-Pierre le 10 juin 1836. Sept jours auparavant, à la suite d'un refroidissement, elle éprouva des douleurs aux genoux et aux coudes; les jours suivans elle en ressentit dans toutes les articulations des membres. A son entrée à l'hôpital, les épaules, les genoux et surtout les articulations des pieds, étaient douloureux; ces dernières étaient rouges et gonflées, les genoux présentaient aussi du gonflement, mais ils étaient moins enflammés que les pieds. La malade était dans un état fébrile continuel, il y avait fréquence du pouls, chaleur à la peau, etc. On lui pratique une saignée de 12 onces, que l'on répète le lendemain; on prescrit en même temps quatre grains de tartre émétique avec demi-grain d'opium dans une potion; on recouvre les articulations douloureuses de cataplasmes anodins. La malade est mise à la diète. Le tartre émétique occasionne deux ou trois vomissemens.

Le 11, les douleurs avaient beaucoup diminué. On répète la même potion et les cataplasmes anodins.

Le 12, la malade n'éprouve plus de douleurs que dans l'épaule droite et les articulations tibio-tarsiennes, qui sont encore un peu gonflées. Mêmes moyens.

Les 13 et 14, on prescrit encore deux grains d'émétique.

Le 15, la douleur aux pieds avait entièrement cessé, la marche n'était plus gênée. Il existait encore un peu de douleur à l'épaule droite que l'on recouvrit d'un cataplasme émollient arrosé de laudanum.

On remplaça l'émétique par 20 grains de poudre de Dower.

Le 17, la malade était parfaitement rétablie et sortit de l'hôpital.

IIIe Obs. — *Rhumatisme articulaire aigu.*

La nommée Collier, Josephine, âgée de 28 ans, fut atteinte le 18 novembre d'un commencement de rhumatisme, elle continua néanmoins à travailler, et ce ne fut que le 28 qu'elle fut forcée de s'aliter.

Elle ne subit aucune médication. Ce ne fut que le jour de son entrée à l'hôpital, qui eut lieu le 28 novembre au soir, qu'elle se fit saigner le matin.

Nous remarquâmes chez elle tous les symptômes d'un rhumatisme articulaire des plus intenses; il y avait entre autre fièvre très-forte, chaleur excessive à la peau et en outre une collection de sérosité très-considérable dans les deux articulations tibio-fémorales.

Cette personne ne pouvait mouvoir aucun de ses membres, la moindre pression sur ses articulations occasionnait des douleurs insupportables.

Comme je l'ai déjà dit plus haut, elle entra à l'hôpital vers le soir. Comme elle avait été saignée le matin, on jugea convenable de répéter l'émission sanguine; mais à l'instant même seize grains de tartre émétique lui furent administrés dans une potion avec une once de sirop de diacode, potion dont elle devait prendre toutes les deux heures une cuillerée.

Le lendemain 29, les symptômes s'étaient considérablement amendés, et ils l'auraient peut-être été davantage si la malade n'eut pas mis de la négligence ou au moins n'eut éprouvé de la répugnance, à cause de deux vomissemens et de quatre selles, qu'elle avait eus la nuit, à prendre son médicament. Une saignée de 16 onces lui fut faite et le tartre émétique continué à la même dose.

Le 30, la malade éprouva une amélioration considérable; elle put déja commencer à mouvoir ses membres, ce qui lui était tout à fait impossible le jour précédent. L'émétique ne fut continué qu'à la dose de 14 grains.

Le 1er décembre, les vomissemens ont encore lieu à chaque ingestion du médicament dans l'estomac. Nous pouvons déjà considérer la malade comme entièrement débarrassée de son rhumatisme, dans toutes les articulations, excepté dans les tibio-fémorales, où un léger épanchement existe encore. Elle prend pendant le jour 12 grains de tartre émétique.

Le 2, la malade se meut assez facilement dans son lit et sans la moindre douleur. Il est à remarquer cependant qu'il y a un peu de raideur dans tout son corps, raideur qui ne l'empêche cependant pas de se mouvoir et ne lui occasionne pas la moindre douleur. Émétique gr. x., une soupe au lait.

Le 3, la collection qui existait dans les genoux a entièrement disparu. Elle est guérie. Nous lui continuerons cependant encore pendant quelques jours le tartre émétique en diminuant jusqu'à 2 grains.

IVe Obs. — *Rhumatisme légèrement aigu.*

Dorothée Lamine, veuve Leroy, journalière, âgée de 56 ans, d'un tempérament sanguin, admise à l'hôpital le 2 février, accusait une douleur vive, fixe et dilacérante, occupant la partie supérieure et externe de la cuisse gauche.

Cette douleur s'est déclarée sans cause connue, subitement et dans toute son intensité, il y a six jours; elle augmente par la pression, devient lancinante et se porte dans les lombes par le plus petit mouvement; la peau a conservé sa couleur et ne parait point gonflée; le pouls est plein et plus accéléré, la peau chaude et légèrement moite, la soif assez forte, l'appétit presque nul, la langue couverte d'un enduit blanchâtre.

A l'exacerbation qui survient le soir, succède pendant la nuit une amélioration, remplacée à son tour vers le matin par un état plus prononcé des phénomènes sympathiques.

Ces symptômes ayant permis de diagnostiquer un rhumatisme musculaire aigu, on a appliqué 12 sangsues sur la partie malade, qu'on a recouverte ensuite de cataplasmes laudanisés, et la diète absolue a été prescrite.

Le 3, une amélioration sensible avait eu lieu, mais la fréquence du pouls, l'enduit blanchâtre de la langue et une exacerbation qui eut lieu de nouveau, nous engagèrent le 4, à appliquer une seconde fois 12 sangsues sur le point affecté.

Le 6, tout avait disparu, il ne restait plus que la faiblesse ordinaire aux convalescens.

Ve Obs. — *Rhumatisme aigu.*

Joseph Howart, cocher, âgé de 26 ans, d'un tempérament sanguin, est entré à l'hôpital le 15 janvier, éprouvant depuis trois semaines un malaise général, des douleurs au cou et à la tête et une diminution dans l'appétit.

L'ayant examiné, nous avons remarqué les symptômes suivans: les articulations du pied et du genou droit étaient gonflées, un peu rouges, chaudes et douloureuses; la pression et le mouvement augmentaient cette douleur qui se faisait également sentir dans le dos et dans le cou, surtout à la partie antérieure et dans les muscles de l'abdomen; un sentiment de pesanteur était répandu dans les bras; la face était rouge, les yeux injectés, la tête douloureuse, la soif vive, le pouls accéléré et dur, la peau chaude et sèche, la langue blanche sans rougeur à la pointe et à son pourtour; l'appétit était aboli, il y avait constipation et insomnie. De tous ces symptômes nous avons conclu qu'il était atteint de rhumatisme aigu et nous l'avons soumis au traitement suivant.

Le 15 janvier une saignée lui fut pratiquée; le sang offrit une couenne inflammatoire, et on lui administra 14 grains d'émétique.

Le 16 on eut également recours à une saignée et à l'administration de 12 grains d'émétique, et on ordonna des boissons sudorifiques.

Les 17 et 18 le traitement fut le même que le 16, mais les douleurs des muscles de l'abdomen étant augmentées on y appliqua des cataplasmes laudanisés.

Le 19, la fièvre était tombée et la douleur des muscles de l'abdomen avait disparu; le rhumatisme ayant quitté les articulations du pied et du genou gauche, 10 grains d'émétique et des boissons sudorifiques furent administrés.

Le 20 il se trouvait beaucoup mieux et avait passé une bonne nuit; on ordonna 10 grains d'émétique.

Le 21 l'amélioration était sensible, il n'éprouvait plus qu'une légère douleur dans les articulations; six grains d'émétique composèrent le traitement et il put prendre une soupe au lait.

Les 22 et 23 il put se lever, n'éprouvant plus de douleur, et l'appétit commençait à se prononcer; on lui fit prendre six grains d'émétique, on permit de la soupe au lait et du pain.

Le 24 on cessa l'administration de l'émétique et le malade entra en convalescence.

VIe Obs. — *Rhumatisme chronique.*

La nommée Barbe Vandervennen, âgée d'environ 20 ans, d'une constitution sanguine et n'ayant jamais eu de maladies antérieures, entra à l'hôpital le 8 janvier 1836. Elle offrait deux endroits douloureux, l'un à droite à la réunion des trois quarts supérieurs avec le quart inférieur de la poitrine, à peu près où les côtes se joignent à leurs cartilages, l'autre à gauche et au

point correspondant. La douleur, au dire de la malade, était mobile et dilacérante, elle augmentait par la moindre pression, ainsi que par une inspiration un peu forte. Nous percutâmes la poitrine, elle offrit partout un son clair; le bruit respiratoire se faisait entendre dans toute son étendue. Il y avait absence de râle, de toux, de fièvre; le pouls était fort et un peu plus accéléré qu'à l'état normal. Les voies digestives n'offraient aucun signe d'inflammation, et l'urine avait conservé sa clarté ordinaire. La cause qui donna lieu à cette douleur fut le passage, à diverses reprises, d'un appartement chaud où la malade avait veillé pendant la nuit du 7 au 8 janvier, dans un endroit d'une température beaucoup plus basse.

Nous conclûmes à l'existence d'un rhumatisme des muscles respiratoires (pleurodynie).

Nous l'avons traité en conséquence. Le 8. cinq sangsues furent appliquées sur chaque point douloureux et remplacées par des cataplasmes arrosés de laudanum; la poudre de Dower fut administrée à l'intérieur comme sudorifique et calmante. Le mal persistait encore le lendemain 9, mais à un moindre degré; la même médication fut continuée avec augmentation du sudorifique. Enfin deux emplâtres stibiés appliqués sur les endroits douloureux sont venus mettre fin à tout symptôme. Observons encore que la dose de la poudre de Dower fut augmentée ou diminuée selon l'intensité ou l'amendement de la maladie.

VIIe OBS. — *Rhumatisme chronique.*

La nommée veuve Bodart, âgée de 66 ans, entrée à l'hôpital le 4 février, d'une constitution assez forte, employée à une fabrique dans un endroit froid et humide, accusa lors de son admission être malade depuis cinq jours, et avoir ressenti à l'invasion de sa maladie un froid bientôt suivi de douleurs commençant à la partie supérieure du dos, se prolongeant à l'articulation ilio-fémorale et jusque dans la cuisse gauche. Au bout de deux jours la douleur diminua d'étendue et se borna à l'articulation et à la cuisse. Cette région, au moment où nous examinâmes la malade, ne présentait ni chaleur ni gonflement.

On lui fit une application de 12 sangsues en même temps que de cataplasmes laudanisés sur l'endroit douloureux; elle prit à l'intérieur 15 grains de poudre de Dower et fut soumise au régime lacté.

Le 6, la douleur persistant, une nouvelle application de sangsues lui fut faite, les cataplasmes et la poudre de Dower furent continués, mais en augmentant la dose de 5 grains chaque fois.

Le 8, il restait un peu de douleur à l'articulation et de la raideur dans tout le membre. Elle se frictionna avec un liniment laudanisé et camphré. Le 10 tout avait disparu et elle était entièrement guérie.

———

Mémoire sur le bandage inamovible, lu au Congrès médical de Belgique, dans la séance du 24 septembre 1836; par le docteur Seutin, chirurgien en chef de l'hôpital Saint-Pierre.

Le bandage inamovible est un point de pratique qui a été dans ces derniers temps l'objet de discussions assez vives : tour à tour adopté avec ardeur ou rejeté sans restriction par ses partisans ou ses détracteurs, il fut regardé par les uns comme une véritable conquête de la chirurgie, ou repoussé par les autres comme une invention inutile et dangereuse.

De part et d'autre, des faits, des expériences vinrent à l'appui des opinions; et les adversaires de l'appareil surent si bien user de leurs avantages, que les hommes consciencieux, simples spectateurs de la lutte, se sont demandé et se demandent même encore aujourd'hui s'il est bien vrai que le bandage inamovible soit supérieur aux bandages ordinaires, et s'il ne faut pas plutôt le regarder comme une arme perfide, qu'il est téméraire et dangereux de manier.

Cependant, si l'on veut se donner la peine d'examiner soigneusement la question, et surtout de la considérer sous un certain point de vue, il me paraît impossible de ne pas avouer la supériorité de ce bandage. L'on s'est trop souvent attaché à le représenter sous un faux jour, et à en rembrunir les faces les plus brillantes par l'examen minutieux et affecté de ses côtés les moins favorables. Les antagonistes ont trop souvent omis à dessein l'étude de ses avantages pour se borner à exagérer ses défauts, sans se rappeler qu'il existe dans les arts et dans la nature même une foule de choses utiles qui néanmoins peuvent quelquefois présenter des inconvéniens. A les entendre, il semblerait qu'ils eussent plutôt eu à discuter la question de savoir *dans quel cas l'inamovible pouvait être dangereux*, que celle qui aurait eu pour but de constater *s'il pouvait être employé avec succès, et s'il devait quelquefois l'être de préférence aux autres moyens connus.* Et il devait nécessairement en être ainsi, car il est des cas où, comme je vais le démontrer, cet appareil jouit de prérogatives tellement manifestes, qu'il faudrait pour ainsi dire être dénué de jugement et de raison pour les lui contester.

Ainsi, prenant au hasard quelques exemples, représentons-nous un cas de pratique où il soit indispensable de maintenir une partie immobile, en même temps qu'il est dangereux de condamner au repos la totalité du corps : et pour rendre la chose encore plus spéciale et plus sensible, supposons une fracture d'un os principal des extrémités pelviennes survenue chez un vieillard dont les tissus sont disposés à la mortification, et dont les cartilages et les synoviales sont susceptibles de devenir le siége d'un travail d'ossification funeste; supposons que l'on trouve un moyen d'affronter les fragmens sans devoir pour cela maintenir le corps dans l'immobilité, ce moyen ne serait-il pas le seul que la circonspection du chirurgien lui permît d'employer?

Eh bien! ce moyen, l'appareil inamovible le four-

nira d'une manière certaine : entourez le membre de ce bandage, et après quelque temps de repos accordé à sa solidification et à sa dessiccation, vous ferez mouvoir les articulations libres de votre malade, et vous lui aurez évité les inconvéniens de la stagnation des liquides (hypostase) et les dangers des escarres et des ankyloses, résultats d'une immobilité prolongée.

Figurons-nous encore une fracture survenue chez un jeune homme ; la déchirure des parties molles a été médiocre, le gonflement inflammatoire a disparu, ainsi que tous les accidens primitifs, et la nature ne semble plus demander à l'art que le repos pour achever le travail de consolidation qu'elle a commencé. Mais ce repos, ne l'accorderez-vous à la partie malade qu'aux dépens de l'économie entière? Le sujet que vous traitez est jeune, impatient, plein d'agilité et de force, ses organes gémissent de se voir condamnés à l'inaction ; il vient de passer des exercices d'une vie active à l'apathie forcée d'un décubitus ennuyeux. Laisserez-vous son corps à la torture et son esprit en proie aux plus tristes réflexions, si vous pouvez le distraire par quelques promenades et le remettre à l'aise en lui rendant une partie du mouvement qu'il a perdu? Non sans doute.

Prenons maintenant pour troisième exemple, le cas d'une fracture survenue chez un enfant en bas âge. Son indocilité, sa pétulance, l'ignorance où il est de la nécessité du repos pour sa guérison, seront cause d'un déplacement considérable et continuel des pièces de l'appareil contentif. En outre, si la lésion osseuse a lieu à la cuisse, le voisinage de l'anus et du canal de l'urètre, déterminera, malgré les soins les plus assidus et la surveillance la plus active, l'imbibition du bandage par les matières fécales et les urines. De toutes ces circonstances réunies résulteront bientôt des inconvéniens graves. Le changement de rapports des surfaces fracturées, l'infection résultant de la présence de matières éminemment putrescibles, l'excoriation imminente des parties avec lesquelles elles sont en contact, forceront le chirurgien à renouveler presqu'à chaque instant le bandage. Mais ces mutations continuelles ne pourront s'effectuer qu'aux dépens de la célérité et de la régularité de la consolidation. Il en résulte que l'inamovible sera ici éminemment utile s'il peut préserver de la nécessité de panser souvent et garantir les surfaces qu'il entoure de l'impression nuisible des liquides ambiants. Or, c'est précisément ce qui a lieu : car je démontrerai plus bas que ce bandage a la propriété de maintenir la coaptation, même pendant les mouvemens les plus inconsidérés ; et d'un autre côté, en prenant l'attention d'empêcher le contact de l'urine et des fèces jusqu'à sa dessiccation au moyen d'un morceau de taffetas ou de toile cirée, on s'opposera par son usage au croupissement de ces matières excrémentitielles, surtout si l'on a soin de l'enduire sur ses parties les plus voisines du bassin d'une couche de blancs d'œufs ou d'un vernis quelconque qui garantisse ses parois immobiles de la pénétration des liquides.

Enfin, il n'arrive que trop souvent dans la pratique que des fractures compliquées, avec dilacération considérable des parties molles, lésion de filets nerveux, etc., soient bientôt suivies de phénomènes annonçant le délire traumatique, le tétanos. Alors, les blessés voulant se mettre en rapport avec des êtres fantastiques ou fuir des objets désagréables que leur représente leur imagination malade, exécutent divers mouvemens qui tous, en dernier résultat, ont pour effet des déplacemens quelquefois effrayans. On a vu des malheureux, ainsi égarés par l'exaltation de la fièvre, briser les liens qui les retenaient dans leur lit, se lever, marcher sur des membres fracturés, et déterminer de cette manière l'issue des fragmens à travers la peau, et des lésions tellement graves que l'amputation en a dû être la suite. Je le demande à tout homme consciencieux, n'est-ce pas encore ici que le bandage inamovible devient un moyen vraiment héroïque, une véritable sauve-garde contre la mutilation?

Et le praticien ne serait-il pas mille fois répréhensible et responsable des accidens redoutables qui peuvent survenir, si, connaissant un moyen aussi sûr et aussi facile pour empêcher de si affreux désordres, il s'obstinait à rester embourbé dans la vieille ornière de la routine plutôt que de faire pour un moment la concession de ses usages et de ses habitudes en faveur de l'urgence de l'indication qui se présente à ses yeux?

Voilà donc des cas où l'appareil inamovible jouit évidemment d'une supériorité incontestable, et où aucun des moyens actuellement connus ne peut le remplacer. Ceci étant admis, la question de savoir s'il doit être reçu dans le domaine de la chirurgie n'en est plus une : ce qui est d'une utilité évidente, ne fut-ce même que pour un seul cas, doit par cela même être adopté comme acquisition avantageuse : et sous ce rapport, ceux qui ont rejeté l'appareil sous prétexte qu'il pouvait présenter quelquefois des dangers, ont fait un raisonnement entièrement faux : car il serait absurde et contraire à tous les principes qui doivent guider dans l'exercice des sciences et des arts, de prétendre qu'une découverte doit être abandonnée parce qu'elle peut devenir dangereuse entre des mains inhabiles ou inexpérimentées. Le talent et le savoir du praticien doivent être supposés, et il faut avoir assez de confiance dans ses lumières pour croire qu'il saura discerner lorsqu'il le faudra, employer ou rejeter le moyen, suivant que les circonstances sembleront lui faire une loi d'agir ou de s'abtenir

Mais il s'en faut que le bandage inamovible doive être borné à un rôle si restreint qu'il ne puisse servir que dans les cas dont il vient d'être parlé. Là, il est vrai, son utilité et sa supériorité sautent aux yeux : mis alors en pratique, il est par lui-même un argument contre lequel toutes les vaines spéculations de la théorie viennent échouer. Mais il est une foule d'autres circonstances où il peut fournir des avantages non moins précieux. Et il est vraisemblable que si l'on avait jusqu'aujourd'hui mieux analysé son mode d'action et les nombreuses applications dont il est susceptible, son domaine, loin de se restreindre, se serait accru au point d'occuper une des places les plus importantes de la thérapeutique chirurgicale.

Il est reconnu par tout le monde que le bandage ordinaire, le bandage à attelles, est incapable de maintenir en rapport les fragmens des os des extrémités inférieures, si, en même temps qu'on y soumet le blessé, on lui permet de se mouvoir au moyen de béquilles. Les pièces dont se compose cet appareil sont trop peu assujetties, trop mobiles les unes sur les autres, et trop peu moulées sur les inégalités du membre, pour qu'elles n'abandonnent pas bientôt les rapports qu'on leur avait donnés, favorisées encore en cela par les lois de leur propre pesanteur. L'action contentive d'ailleurs ne porte que sur les différens points de deux ou tout au plus de trois lignes idéales, longeant les parties latérales et antérieure du membre, et passant également sur les saillies osseuses et les dépressions qui les séparent. Le bandage inamovible au contraire, se moulant exactement sur tous les contours et toutes les inégalités, fait avec son contenu un tout qui ne peut se mouvoir sans le concours de toutes ses parties constituantes. Il n'agit point seulement par quelques points de son étendue, mais bien par toute sa circonférence. Il fait attelle dans tous les sens; et l'on peut représenter son action en le comparant à une série de tiges inflexibles, courbées en différens sens pour s'accommoder aux accidens et aux inégalités de la surface d'application.

Ainsi, si l'on met en mouvement un membre abdominal ainsi maintenu immobile dans toute sa longueur, qu'arrivera-t-il? Si une impulsion est imprimée au pied, par exemple, le mouvement se transmettra de proche en proche à la jambe, à la cuisse et de là au bassin : aucun mouvement partiel n'aura lieu, et tout le membre abdominal se portera avec l'acetabulum dans la direction de l'impulsion primitive. Si c'est le genou qui reçoit le choc, ou même si c'est le bassin, le même phénomène aura lieu, et dans aucun cas les fragmens ne pourront se déplacer, puisqu'ils se porteront simultanément dans le même sens.

Aucune articulation ne pourra jouer non plus : car en supposant qu'un os soit sollicité à se mouvoir sur un autre, il en sera tout à la fois empêché par deux faces diamétralement opposées du bandage : d'où il est facile de conclure que les contractions musculaires elles-mêmes seront impuissantes pour opérer aucun changement de rapport entre les pièces osseuses. puisque, d'une part, la contraction ayant besoin d'un certain espace latéral pour le développement des fibres, ne pourra avoir lieu que bien imparfaitement, et que, de l'autre, quand bien même elle pourrait s'opérer librement, le déplacement serait rendu impossible par la résistance du moyen contentif.

Ce peu de mots sur les propriétés de l'appareil dont il est ici question suffisent pour faire pressentir que son usage ne doit point seulement être limité aux cas dont il a été parlé plus haut, mais qu'il doit être adopté comme méthode générale dans le traitement des fractures, de préférence aux bandages ordinaires. En effet nul autre moyen ne peut, sauf dans quelques exceptions très-rares, remplir comme lui la triple indication de maintenir la coaptation d'une manière permanente, de s'opposer constamment à l'action des forces *qui tendent* à détruire les rapports des fragmens *réduits*, et d'opérer tout cela par une compression uniforme, régulière et méthodique. M. Larrey l'emploie non-seulement dans les fractures simples, mais même dans celles qui sont accompagnées de sortie des fragmens et qui doivent être suivies d'une abondante suppuration : et chose remarquable, c'est que le bandage, appliqué dans ces cas, est non-seulement exempt des inconvéniens que la théorie semblerait devoir faire prévoir, mais qu'il jouit encore, comme l'a constaté le célèbre chirurgien que je viens de citer, de la prérogative d'empêcher, par la compression qu'il détermine, la sécrétion excessive du pus qui jette si souvent les blessés dans le marasme, et de rendre l'absorption de ce liquide infiniment moins dangereuse, en le soustrayant à l'influence de l'air. J'ai été à même plusieurs fois de constater la justesse de ces observations, et je suis à cet égard tout à fait d'accord avec M. Larrey. Bien plus, je pense même que vouloir restreindre l'application de l'inamovible au traitement seul des fractures, c'est encore méconnaître une partie des services qu'il peut rendre à l'humanité, et toute l'étendue du vaste champ qu'il pourrait ouvrir à la pratique chirurgicale, si on voulait se donner la peine de le perfectionner et d'étudier soigneusement son mode d'action avec un esprit dégagé d'intérêt et de préjugés. Les essais que j'ai déjà faits pour étendre son emploi à la cure de lésions autres que les fractures, m'ont pour ainsi dire constamment réussi. Et c'est à un tel point, que je ne crains pas de dire que par l'extension de son usage on verrait une quantité de maladies externes réputées incurables lui réclamer une dernière et salutaire ressource. Bientôt aussi sous son heureuse influence, les salles de chirurgie des hôpitaux perdraient leur aspect lugubre et monotone, et l'on n'y rencontrerait plus des individus forcés, malgré la meilleure santé, d'y jouer le triste rôle de malades et d'y consumer sur un lit de douleurs les forces dont la nature a besoin pour réparer les coups que des causes étrangères lui ont portés.

L'inamovible possède une qualité à laquelle, je pense, on n'a point fait assez d'attention, ou du moins qu'on n'avait pas encore mis à profit jusqu'aujourd'hui.

Elle consiste dans l'extrême facilité avec laquelle on l'applique sur des endroits que l'on n'avait seulement point songé à contenir par les moyens ordinaires.

Il doit cette propriété aux différens degrés de solidité par lesquels il passe avant d'arriver à la consistance qui doit constituer sont état définitif, et à la faculté que l'on a de profiter de la mollesse où il se trouve immédiatement après son application, pour lui donner toutes les formes et y pratiquer toutes les ouvertures que l'on pourrait juger convenables. Cet avantage d'être ainsi mou, souple et facile à couper, ou dur, rigide, inflexible pour ainsi dire, suivant l'exigence des indications, me fit bientôt penser à l'appliquer dans les cas de caries, de nécroses, accompagnées de plaies par lesquelles devaient être éliminés des fragmens osseux plus ou moins considérables et qui ne pouvaient se guérir que par l'amputation ou l'ankylose.

Là, en effet, on ne peut employer qu'un moyen qui, tout en maintenant les ouvertures libres, possède cependant une solidité assez grande pour s'opposer aux mouvemens de la partie. Ainsi, supposons une fracture comminutive de la partie antérieure des os du tarse produite par une arme à feu et pour laquelle on n'a pas jugé nécessaire de faire l'amputation. Il est ici plus que probable que le travail inflammatoire aura pour résultat l'élimination de plusieurs parcelles osseuses qui devront trouver une issue, et il est évident qu'on ne peut raisonnablement espérer la guérison qu'au moyen d'une ankylose. Mais cette ankylose, on ne l'obtiendra qu'en empêchant les mouvemens d'extension, de latéralité et de flexion du pied. Or, comme pour empêcher ces mouvemens, il faudrait agir sur des parties extrêmement irrégulières, comme la face postérieure de la jambe, le talon et la plante du pied, et comme les attelles ne s'accommoderaient nullement de toutes ces conditions quelque forme et quelque direction qu'on leur donnât d'ailleurs, il en résulterait qu'il n'y aurait d'autre ressource que de maintenir la jambe et le pied à l'aide d'une gouttière en métal recourbée derrière le talon.

Encore cette gouttière ne pourrait-elle pas toujours maintenir les parties dans l'immobilité complète pendant les pansemens, à moins qu'elle ne fut assujettie par des bandes étendues sur une surface assez considérable pour devoir empiéter sur la plaie des tégumens. Le bandage inamovible n'aura point tous ces inconvéniens et s'appliquera néanmoins avec une étonnante facilité : son carton mouillé et découpé suivant la forme convenable, s'adaptera aisément à la plante du pied, au talon et à la jambe sans interruption dans sa continuité. Les tours de bande qui doivent fixer ce carton et former en même temps ce bandage, passeront d'abord sur toute l'étendue du membre et même sur la plaie, et par des renversés habilement ménagés ils envelopperont le talon d'une manière exacte et solide. Il ne restera plus alors qu'à enlever avec des ciseaux une très-petite portion de l'appareil qui passe sur la plaie, autant et dans la direction que l'exigera cette plaie ; et lorsque le tout sera sec, le bandage sera aussi solide que si aucune perte de substance n'y avait été pratiquée.

Les propriétés de notre appareil peuvent encore le rendre utile pour le maintien des membres après les réductions de luxation, lorsque les accidens primitifs ont disparu. Il aura toujours alors l'avantage de favoriser l'immobilité complète jusqu'à ce que l'on veuille restituer les mouvemens à l'articulation, et d'éviter au chirurgien la réapplication fréquente des autres bandages propres à contenir les surfaces articulaires en rapport, surtout si l'on a l'intention de permettre au malade de se lever pendant le temps nécessaire au retour des parties à leur état naturel. Il existe même des circonstances où, malgré l'existence de phénomènes inflammatoires, il pourra être employé avec succès. En effet, quel est le premier besoin de toute partie phlogosée pour revenir à son état normal? C'est évidemment le repos et la cessation de ses fonctions. Or, cette condition est surtout indispensable pour les articulations enflammées, parce qu'alors le moindre mouvement détermine quelquefois des douleurs atroces. En supposant donc une congestion inflammatoire par exemple, dans l'articulation scapulo humérale préalablement luxée et réduite, on conçoit aisément que l'inamovible pourra être appliqué sur le bras et l'avant-bras sans inconvénient et au contraire avec avantage. Ainsi, en entourant les doigts d'un gantelet et le membre jusqu'à l'attache inférieure du deltoïde d'une bande roulée durcie par l'amidon, l'on s'opposera au gonflement du bras et de la main ; en appliquant ensuite le reste du bandage autour de la poitrine, on s'opposera aux mouvemens de l'articulation malade, et on n'empêchera cependant nullement les médications locales ni la plupart des applications qui sont le plus ordinairement en usage dans ces sortes d'affections. Ces considérations peuvent même jusqu'à un certain point faire concevoir la possibilité de se servir de l'inamovible dans certaines affections articulaires, non pas pour déterminer la soudure de l'articulation, mais seulement dans le but de maintenir les parties immobiles et d'éviter ainsi les désordres quelquefois considérables causés par des mouvemens involontaires ou inconsidérés du malade.

Dans les tumeurs blanches et différentes autres maladies articulaires, il arrive souvent que l'ankylose est la seule terminaison heureuse que l'on puisse espérer sans opération sanglante. Alors il peut se faire que le bandage ordinaire devienne inutile, insupportable, et soit même suivi d'accidens, à cause que les attelles ne comprimant, comme je l'ai dit plus haut, que dans la direction de plusieurs lignes plus ou moins invariables dans leur situation, et ne pouvant agir d'ailleurs que lorsqu'elles sont fortement serrées sur les membres, il arrive, ou que l'on doive relâcher les liens et se résoudre à laisser l'appareil pour ainsi dire inefficace, ou que des escarres, des recrudescences inflammatoires, des perforations, etc., se développent par la compression constante sur des éminences osseuses gonflées et altérées, ou sur la peau qui a elle-même perdu une partie de son énergie vitale. Le bandage inamovible convient alors, parce qu'il n'agit que sur de larges surfaces et n'est pas sujet à se déranger, et il est évident qu'il méritera toujours la préférence lorsque son application sera facile. Cependant il faut avouer que cette application est loin de présenter toujours ces conditions, surtout quand la nécessité où l'on se trouve de laisser la tumeur blanche à nu pour y appliquer les topiques nécessaires, empêche de fixer convenablement le bandage au niveau de l'articulation. On se trouvera bien d'employer alors une espèce de bandage mixte, composé d'une attelle et de bandes inamovibles. Si le genou, par exemple, était le siége d'une telle affection, et que l'on voulut, pour faciliter la marche après la guérison par ankylose, étendre la jambe sur la cuisse, afin d'alonger le soutien représenté par la totalité du membre, il pourrait se faire que la propension à la flexion, qui est ordinairement très-énergique dans ce cas, apportât des obstacles à la réussite du bandage inamovible ordinaire, vu que la partie qui devrait représenter le plus de ré-

sistance se trouve au jarret et que c'est précisément là qu'aucun lien ne peut être appliqué. Je conseillerais, pour obvier à cet inconvénient, d'envelopper d'abord le pied, puis la partie inférieure de la jambe et la cuisse au-dessus du genou d'une bande que l'on induirait d'amidon et qu'on laisserait sécher; d'appliquer ensuite sur cette bande durcie par la dessiccation, l'attelle dont la forme d'ailleurs devra être appropriée aux circonstances ; puis soutenir les deux extrémités du levier représenté par l'attelle, au moyen de bandes enduites du mucilage. De cette manière l'on aura un des moyens les plus commodes pour maintenir l'extension d'une manière permanente et sévère, et l'on évitera jusqu'à l'idée des dangers d'une compression soutenue sur la partie postérieure du membre, puisque l'agent qui serait exposé à produire cette compression sera appliqué sur une pièce rigide qui empêchera son action immédiate sur les tissus. J'ajouterai à ce que je viens de dire sur les tumeurs blanches, et pour celles des extrémités inférieures surtout, que cette méthode offrira une infinité d'avantages. Après avoir, dans le principe, employé les moyens antiphlogistiques nécessaires, son application offrira une garantie certaine contre l'ankylose difforme que l'on remarque si souvent, par la flexion presque complète des membres inférieurs qui ont été le siége de cette affection ; le bandage bien établi pourra éviter cette flexion, en laissant toutefois la partie malade à même d'être pansée convenablement, soit en pratiquant des ouvertures aux cartons et au linge qui entourent l'articulation malade. Ce bandage d'ailleurs, est si léger, si commode, que le petit malade pourrait très-facilement marcher avec des béquilles; et ainsi le repos parfait toujours indiqué dans ces affections ne serait plus de rigueur et permettrait aux enfans de faire de l'exercice, si salutaire pour modifier leur constitution.

Je pense même que la luxation spontanée coxo-fémorale, serait fréquemment conjurée par cette méthode. Les praticiens savent combien il est difficile de maintenir au repos absolu les enfans; par cette méthode ils y seraient forcés. Ajouter à cela *une compression méthodique* sur l'articulation, pourrait peut-être empêcher la sortie de la tête du fémur : j'appelle là dessus l'attention des praticiens.

Après les resections, il est indiqué ordinairement de maintenir les parties dans l'immobilité, afin que la substance qui doit rétablir la continuité des parties puisse librement se former ; l'appareil inamovible, en vertu de sa propriété de pouvoir fixer solidement une attelle en n'agissant que sur ses deux extrémités, peut encore avoir ici son application. Il en sera de même dans certaines brûlures arrivées à la période de cicatrisation, pour éviter les brides qui causent si souvent des difformités, et après les opérations qui ont pour but de détruire ces difformités, afin d'empêcher la récidive.

L'orthopédie peut quelquefois réclamer des moyens agissant d'une manière constante et invariable dans un sens contraire au déplacement ou à la déviation qui constitue une difformité : le bandage dont nous nous occupons fournira quelquefois alors une ressource précieuse; c'est ainsi que des déviations des jambes ou des pieds, ou des membres supérieurs, pourront ordinairement très-bien s'accommoder de son emploi, surtout chez les personnes peu aisées chez qui ces vices de conformation restent souvent sans traitement à cause de la cherté de la plupart des machines orthopédiques. Ici cependant la confection du bandage doit varier suivant une foule de circonstances, et il serait difficile d'indiquer *à priori* les modifications que les différens cas pourraient exiger. Mais il est réservé au génie du chirurgien de deviner alors ces modifications et d'approprier constamment le remède à la nature de la lésion ; beaucoup de praticiens distingués m'ont assuré avoir retiré de grands avantages de cet appareil dans le traitement des pieds-bots.

L'on voit que l'étendue de la sphère qui constitue le domaine du moyen curatif que nous conseillons est incommensurable, et qu'il est même impossible de dire à présent jusqu'où les chirurgiens expérimentateurs pourront encore en reculer les bornes. Une fois le principe admis, les conséquences deviennent infinies. Nouveau Protée l'appareil permanent empruntera continuellement de nouvelles formes, et se composera, se décomposera, se simplifiera ou se compliquera entre les mains du chirurgien habile pour suivre pour ainsi dire servilement ses intentions. La théorie de l'inamovibilité dans le traitement des fractures conduira à une quantité de procédés inconnus jusqu'à ce jour dans les annales de la science. Et c'est ainsi que le bandage inamovible, *ancien* par son origine, *récent* par son importation en France par un chirurgien célèbre deviendra tout à fait *nouveau* par les modifications successives et les applications variées dont l'art pourra le rendre susceptible.

Abordons maintenant la question de savoir quelle sera la meilleure méthode pour la confection de cet appareil, et pour cela jetons un coup-d'œil rapide sur les différens procédés mis en usage par différens praticiens.

M. Dieffenbach emploie une couche de plâtre qui constitue ensuite une espèce de botte dans laquelle les fragmens sont maintenus ; mais cet appareil perdant en ténacité ce qu'il gagne peut-être en solidité, ne peut résister efficacement aux chocs extérieurs, se brise facilement, et perd ainsi l'avantage le plus précieux, à mon avis, de l'appareil permanent, qui consiste à permettre au blessé des mouvemens de progression. Le bandage de M. Larrey jouit au suprême degré de cet avantage ; il a même la propriété de permettre une espèce de transsudation des parties les plus ténues des couches purulentes qui peuvent être sécrétées à la surface des plaies, et de s'emparer des parties les plus épaisses de ce produit pathologique pour constituer avec elles un tout encore plus solide qu'auparavant. Mais d'un autre côté, les ingrédiens qui entrent dans la composition de ce liquide peuvent être quelquefois difficiles à se procurer, par exemple à la campagne, et, lorsque l'on adopte l'appareil inamovible comme

méthode générale dans les hôpitaux où arrivent un grand nombre de fractures, le nombre de blancs d'œuf dont on a besoin peut rendre ce moyen dispendieux, surtout dans certaines saisons de l'année, où les œufs deviennent plus rares. D'ailleurs comme le bandage, constitué de cette manière, s'imbibe assez difficilement d'eau, il peut devenir pénible de l'ôter et l'on peut même se voir obligé d'employer de forts ciseaux, des tenailles incisives, etc., etc., pour l'enlever.

Toutes ces considérations m'ont fait préférer comme moyen solidifiable, l'amidon dont l'emploi n'est point affecté de la plupart des désagrémens que je viens de signaler. En effet, il se trouve sous la main de tout le monde, à la campagne et dans les plus petits hameaux comme dans les villes; il est d'un usage extrêmement commode, puisqu'il ne s'agit que d'en dissoudre une certaine quantité dans de l'eau, et de chauffer le mélange jusqu'à consistance d'un mucilage épais, qui s'étend dès-lors avec une étonnante facilité sur toutes les pièces de l'appareil. Son emploi est en outre peu dispendieux, et sous ce rapport il est incomparable lorsqu'il faut maintenir un membre dans l'immobilité chez un indigent, et surtout dans les établissemens publics, où il faut allier une sage économie avec l'administration des secours nécessaires à l'humanité souffrante. Le bandage fait avec l'amidon acquiert une solidité considérable et une ténacité qui lui permet de résister efficacement aux chocs extérieurs. Lorsqu'il s'agit de l'ôter on le ramollit préalablement avec de l'eau tiède, et l'on peut alors enlever facilement, pièce par pièce, toutes ses parties constituantes, sans les déchirer, ni les couper en aucune manière. En lavant ensuite les linges qui ont servi à sa confection, l'amidon qui les imprégnait disparaît, et ils sont ainsi rendus à tous leurs usages ordinaires.

Le carton mouillé, déjà indiqué par Assalini, me semble avoir dans l'application du bandage inamovible, l'immense avantage de comprimer sur de plus larges surfaces que les fanons ordinaires, de pouvoir se découper suivant les variétés de forme de la partie sur laquelle on l'applique, et de s'adapter facilement à tous les contours du membre. Mais pour qu'il puisse jouir de ces avantages, il faut qu'il ne soit pas trop mince, car alors son action serait faible, ni trop épais et trop compacte, parce qu'alors il n'est plus assez flexible, et ne s'imbibe plus assez bien pour servir convenablement aux usages pour lesquels il est destiné.

L'on a reproché à l'appareil inamovible beaucoup d'inconvéniens. L'on a été même jusqu'à contester son action contentive, et l'on a raisonné de cette manière :

« Lorsqu'une fracture vient d'avoir lieu, a-t-on dit, » le déplacement des fragmens a déterminé plus ou » moins d'épanchement sanguin, et bientôt de nouveaux » sucs y affluent de toutes parts. Le bandage surprend » donc les parties dans un état de turgescence. Mais » comme dans les cas les plus ordinaires, cette turgescence ne tarde pas à se dissiper quelques jours après, » surtout si la fracture a été bien réduite, il en résulte, » entre le membre et l'appareil, un vide, dans lequel » les contractions musculaires peuvent s'opérer, et qui » semble favoriser le déplacement des fragmens. » Mais, d'un côté, si l'on craint réellement ces changemens de rapports, l'on sera toujours libre d'attendre l'affaissement des parties pour appliquer le moyen contentif; j'ai indiqué d'autre part la manière de combattre après la dessiccation le vide dont il s'agit. Et quand bien même cela serait impossible, je soutiens qu'aucun déplacement ne pourrait encore avoir lieu, et je le prouve :

Si la fracture a lieu à la cuisse, par exemple, le pied, la jambe, la cuisse et le bassin sont maintenus simultanément par l'appareil. Or, si l'on a bien compris sa manière d'agir, il paraîtra clair pour tout le monde que les fragmens, quelque puissance qui les sollicite, ne pourront se mouvoir l'un sur l'autre. En effet, dans quel sens prétendrait-on que le déplacement s'opérât? Serait-ce dans le sens de la longueur du membre, par le chevauchement des parties fracturées? Mais qui ne conçoit qu'alors la paroi antérieure du bandage, représentant une attelle inflexible qui passe en même temps au-devant du membre, autour du bassin et sur le coude-pied, empêcherait celui-ci de s'élever en prenant pour lui résister son point d'appui sur le pelvis? Serait-ce dans le sens de l'épaisseur? Mais alors deux faces diamétralement opposées, non moins rigides que les précédentes, devraient se ployer sur elles-mêmes; car sans cette condition, les parties continues situées en dessus et en dessous de la fracture, ne pourraient se mouvoir pour opérer le changement des rapports. Serait-ce enfin dans le sens de la circonférence, de la rotation? Mais cela serait encore plus impossible que dans le cas précédent, puisqu'il faudrait ici une torsion au lieu d'une simple flexion. Il faut d'ailleurs bien se figurer que le bandage inamovible, agit non-seulement comme moyen contentif, mais encore comme moyen extensif et contre extensif permanent. La partie qui embrasse le pied, maintient celui-ci à une distance du pelvis toujours la même, à partir du moment où la dessiccation complète de l'amidon a eu lieu, en prenant par la continuité de l'appareil un point d'appui solide sur le bassin : et il est ainsi facile de comprendre comment les fragmens, attirés sans cesse en sens inverse, le supérieur en haut, l'inférieur en bas, doivent tendre à se maintenir en place, à résister aux chocs extérieurs, et à revenir aussitôt dans leur position primitive, si, ce qui ne me paraît guère possible, une cause violente venait à la leur faire perdre momentanément.

Un autre désavantage que l'on a attribué au bandage inamovible, c'est d'agir d'une manière aveugle et incertaine. L'on s'est figuré qu'une fois appliqué, il fallait le laisser jusqu'à la consolidation, sans pouvoir avant ce temps explorer l'état des parties, voir si des escarres, des abcès, des collections ne s'y formaient pas, etc. Mais, quant à moi, je pense que si avec les appareils ordinaires on peut si souvent explorer le membre, ce n'est jamais qu'aux dépens de la solidité et de l'immobilité. Et, d'ailleurs, s'il se manifestait des désordres, ce dont on serait bientôt averti par la douleur et les symptômes généraux, rien ne serait si facile que d'ôter

le bandage, s'il est fait avec l'amidon. En général on s'est fait une fausse idée de l'appareil, à cause de son épithète d'*inamovible*. Il n'est, selon moi, pas plus inamovible qu'aucun autre, et je crois qu'on donnerait plutôt une juste idée de ses propriétés, en le nommant *Appareil immobile permanent*. En effet, il reste fixe et immobile tant que l'on veut maintenir le membre dans le plus parfait repos. Lorsqu'il est bien appliqué, il conservera tous ses rapports avec les parties voisines, restât-il même appliqué pendant un an. Mais aussitôt que les indications obligent le chirurgien de déroger à sa première idée, il se *démolit* avec autant de facilité qu'aucun autre, et rien n'empêcherait même de l'ôter trois, quatre, cinq fois et même plus pendant le traitement d'une fracture, si les circonstances semblaient ainsi devoir l'exiger. On peut également l'enlever avec une extrême facilité, en divisant au moyen de forts ciseaux ou d'un bistouri, conduit sur une sonde cannelée la paroi antérieure du bandage, qui offre ainsi l'avantage de s'asurer de l'état du membre et de pouvoir être remplacé sans nul dérangement de la partie fracturée. On rapproche ensuite les bords de la division que l'on maintient réunis au moyen d'une bande roulée, après avoir imprégné d'amidon les bords de la division. Si le bandage était devenu trop large, on amincit ces bords avant leur rapprochement, afin de les faire passer l'un sur l'autre.

L'on a prétendu aussi que le bandage inamovible était susceptible de déterminer des étranglemens. « Vous incisez, a-t-on dit, un doigt affecté de panaris, » de peur que les parties fibreuses qui entrent dans sa » composition ne s'opposent au gonflement produit iné- » vitablement par l'inflammation; vous ouvrez bien » vite un abcès situé sous une aponévrose, de peur que » le pus ne pouvant surmonter leur résistance, ne » donne lieu à des ravages profonds et considérables; » et dans les fractures où vous avez tous les élémens » de l'inflammation, vous ne balancez pas à ajouter » pour ainsi dire aux élémens fibreux qui entourent le » membre une nouvelle aponévrose constituée par vo- » tre bandage, qui ne peut agir qu'en comprimant. » N'est-il pas évident que vous agissez imprudemment » et que vous pouvez de cette manière, causer la gan- » grène? » Non, messieurs, le bandage inamovible ne détermine pas plus la gangrène que tout autre moyen. Il existe deux sortes de compressions : l'une qui tend à s'opposer au retour du sang veineux, c'est celle, par exemple, que l'on établit circulairement autour du bras quand on veut pratiquer une saignée; l'autre qui s'oppose à l'afflux du sang artériel tout en favorisant le retour du sang veineux, c'est celle de tout agent qui comprime un membre sur tous ses points en commençant à agir méthodiquement sur les parties les plus éloignées du centre circulaire. La première détermine la gangrène quand elle est longtemps continuée; la seconde ne fait que s'opposer à l'inflammation. Or, la première est repoussée par les partisans de l'inamovibilité comme par les autres praticiens, et la seconde est la seule dont vous puissiez doter le bandage permanent, si vous concevez bien sa manière d'agir : donc votre argument tombe de lui-même.

L'on a allégué encore que dans le cas de travail vicieux de consolidation, l'on ne pouvait redresser graduellement le cal, si l'on employait le bandage inamovible. Il est facile de voir que cette allégation est plus spécieuse que solide : car, ou la réduction est bien faite, ou elle ne l'est pas. Si elle l'est, il a été facile de la constater, et alors si l'appareil permanent a été convenablement appliqué, l'on peut être sûr d'une consolidation louable. Si elle ne l'est pas, il est évident que l'inamovible maintiendra les parties dans la position où elles se trouvent; mais alors la faute de la difformité qui en résultera, devra être attribuée non pas à l'appareil, mais au praticien qui n'aura pas eu le discernement de l'appliquer en temps opportun et lorsque les parties étaient convenablement disposées. Il faut avouer cependant que quelquefois malgré les plus grandes précautions de la part du chirurgien, la réduction ne peut être parfaite, et que par conséquent, la consolidation est alors nécessairement mauvaise, sans qu'on puisse l'accuser d'impéritie. C'est un inconvénient qui est attaché à l'existence de certaines fractures; mais le bandage ordinaire n'y peut pas plus remédier alors que l'inamovible. D'ailleurs, en supposant même que des manœuvres pussent parvenir à corriger la difformité, cet appareil pourrait facilement s'ôter, comme je l'ai déjà dit, après un certain temps, pour faire place aux moyens de correction graduée que l'on jugerait convenable d'employer.

Enfin, les adversaires du bandage permanent lui ont reproché d'être sujet à produire des excoriations, des escarres, etc., parce qu'étant composé de substances très-dures, lorsqu'il est sec, les parties molles, en frottant contre ses parois, ne pouvaient les déprimer, et s'entamaient plutôt que de les faire céder en aucune manière. Mais, d'une part, j'ai prouvé que les parties devaient nécessairement rester immobiles dans le bandage, et de l'autre j'ai dit aussi, qu'il comprimait aussi bien les enfoncemens que les éminences en se moulant sur toutes les inégalités, d'où il suit qu'il ne doit produire, pas plus souvent que les autres, les accidens dont on parle. Cette assertion paraîtra d'autant plus juste que la première couche d'amidon n'est point appliquée sur la peau, mais sur la première couche de bandelettes.

Et quand bien même il n'en serait pas ainsi, l'on pourrait éviter l'inconvénient en interposant entre la face interne du bandage et la surface du membre, un corps moelleux, qui, sans empêcher la compression des parties nécessaires à la coaptation, remédierait cependant au contact un peu rude dont on se plaint.

En résumant maintenant ce que nous venons de dire sur l'appareil inamovible, nous voyons qu'il résulte de notre dissertation qu'il existe des cas où il est incomparable, et ne peut être remplacé par aucun autre moyen chirurgical; que la manière dont il agit présente des avantages immenses dans la pratique et spécialement dans le traitement des fractures simples; que son usage

ne doit point seulement se borner là, mais qu'il peut être utilement étendu à la cure des fractures compliquées avec suppuration, des caries, des nécroses, des plaies des os par armes à feu, des luxations, des tumeurs blanches, des résections osseuses, de certaines plaies tendant à une cicatrisation vicieuse, des déviations et des difformités; qu'ainsi il est susceptible d'une foule d'applications qui n'avaient point, que je sache, été signalées jusqu'à ce jour; que l'amidon et le carton sont les ingrédiens les plus commodes et les plus favorables pour sa confection; que son application dans les fractures de la cuisse, de la jambe, du bras, de l'avant-bras, de la clavicule et du col de l'humérus, et dans les autres cas que les fractures, repose toujours sur les mêmes principes, sauf quelques modifications légères, et qu'elle est facile et nullement compliquée; enfin que les différens inconvéniens qu'on lui a attribués sont chimériques ou peuvent être facilement évités.

Il n'en faut pas plus je pense pour faire comprendre aux praticiens que ce bandage mérite de fixer sérieusement leur attention et de devenir l'objet de leurs méditations. S'il en était qui, entraînés par un froid scepticisme, se sentissent disposés à regarder mes allégations comme l'effet de ma prédilection pour l'appareil inamovible, je leur dirais : « expérimentez, mais expérimentez avec impartialité et sans idée préconçue : ne me croyez pas sur parole, mais ne prononcez qu'après avoir vu; interrogez les faits et ils vous montreront la vérité.» Pour moi, j'ai cru qu'il était de mon devoir de divulguer tout ce que je puis croire propre à soulager les maux de l'humanité, et partant de ces considérations que je devais dire toute mon opinion sur le bandage inamovible, sans ménagement et sans arrière-pensée : je m'y suis cru d'autant plus obligé que tous les jours de nouveaux faits viennent raffermir ma conviction sur l'efficacité de cet appareil appliqué avec discernement. Plus on l'examine plus on y découvre de perfections et d'avantages. Il est simple dans son exécution, sûr dans ses résultats, commode pour le malade, et peu dispendieux pour les malades et pour l'administration des hospices. Fier de ses avantages et certain de ses succès, il marche avec fermeté dans le domaine de la science dont il étend les limites, résiste par son cachet d'utilité évidente aux attaques de ses adversaires, et se fraie, à travers les temps présens, une route vers une époque plus reculée ou ses qualités brilleront dans tout leur éclat et où la chirurgie qui aura su l'apprécier, le placera avec orgueil dans le cadre de ses meilleurs moyens contentifs.

Il me semble déjà entendre dire : « Votre bandage n'est pas nouveau, il est connu depuis longtemps et c'est M. Larrey qui l'a importé en France et qui en fait continuellement usage! Je répondrai à cela que j'ai rendu justice à mon ancien et respectable chef, mais que si la méthode que je propose aujourd'hui a quelque analogie avec la sienne, il n'est pas à dire pour cela que mon appareil pour les fractures n'est nullement composé comme celui qu'il indique, il en diffère au contraire par sa construction; sa facilité de le changer à volonté sans la moindre difficulté; il est beaucoup moins dispendieux, plus léger, aussi solide et enfin aussitôt sa dessiccation il permet au blessé d'exécuter avec une grande facilité, tous les mouvemens nécessaires à la marche, aux mouvemens, etc.

Je n'ai jamais eu la prétention de me croire l'inventeur de cette méthode. Cette ridicule pensée ne m'est jamais venue à l'esprit; aussi, dans un mémoire que j'ai publié en 1835, ai-je eu soin de le dire; je le répète ici, afin d'ôter cet argument aux adversaires de cette méthode, qui la rejettent, non parce qu'elle est mauvaise, mais bien parce qu'elle est une modification heureuse que j'ai apportée aux méthodes anciennes. Je dirai volontiers avec Lisfranc :

« Parce que je l'ai indiquée comme bonne, comme avantageuse dans la plupart des cas, elle sera un nouveau titre de proscription. Les *pairs* s'agiteront ajoute-t-il, parce que je me serai permis de penser et d'expérimenter sans leur permission, et les *perruches* et tous ceux qui ne jurent que par le *verba magistri*, s'indigneront, parce qu'il faudra en faire l'essai et apprendre à en faire l'application. Toutefois notre ligne de conduite est tracée; nous étions bien jeune et bien faible lorsque nous commençâmes à la suivre invariablement dans les intérêts sacrés de l'humanité. Cet acte de conscience nous a attiré des persécutions dont nous avons méprisé l'infamie; maintenant que nous sommes devenus plus vigoureux et indépendant, que nous sommes réunis à des hommes généreux et amis des progrès, nos efforts continueront avec une nouvelle énergie. Il est temps que les chirurgiens cessent de faire de la *ménuiserie*; voilà des idées bien simples, mais soyez en bien sûr, elles vont irriter. »

C'est dans l'ombre qu'ils vont critiquer cet appareil, et si, contre mon attente, ils en faisaient une critique sévère et juste, je me ferais un plaisir de soutenir la lutte, persuadé que la pratique en retirerait de grands avantages.

J'ai déjà consigné dans l'*Encyclographie des Sciences Médicales* (Bulletin médical Belge, année 1835, p. 84 et suivantes) la manière dont j'ai coutume d'appliquer l'appareil inamovible et la relation de plusieurs faits qui prouvent en faveur de la méthode que j'emploie; mais comme depuis ce temps j'ai apporté quelques modifications au procédé que je suivais alors, il ne sera peut-être pas inutile de revenir ici sur cet article, afin de me mettre à l'abri de tout reproche. Plus de 60 faits pratiques sont venus depuis corroborer mon opinion. La plupart ont eu pour témoins un grand nombre d'élèves et des praticiens les plus distingués de cette ville et des environs.

Application de l'appareil pour une fracture de cuisse.

Le lit étant convenablement disposé, on y place successivement des liens, un drap fanon, puis le bandage qui se compose de trois ou quatre couches superposées de bandelettes séparées assez longues pour faire une fois et demie le tour du membre. Leur longueur excessive gêne

considérablement l'application du bandage, et leur défaut de longueur le rend inefficace. Il faut donc choisir un milieu entre ces deux extrêmes. On commence par entourer le pied d'une bande déroulée en étrier à partir de la racine des orteils; ceux-ci restent libres et servent en quelque sorte de boussole au chirurgien pour reconnaître l'état de la jambe; cependant si le blessé est dans le cas de se lever, il est convenable d'entourer les orteils au moyen de bandelettes étroites. La première série de bandelettes est alors appliquée comme on le fait ordinairement de bas en haut, en ayant la précaution de ne les enduire de la solution amylacée que quand cette application est faite ; à l'aide de cette précaution l'amidon ne peut agir qu'en collant la seconde couche de bandelettes à la première, et n'a nullement pour effet de déterminer un contact rude sur la peau après la solidification. Les bandelettes de la seconde série sont placées de la même manière et un aide les enduit de la solution avec un large pinceau à mesure qu'elles sont étendues. On découpe ensuite convenablement les deux attelles de carton, on les fait plus larges au niveau de la fesse, de la cuisse et du mollet, et on applique à leur extrémité podalique deux montans assez larges pour passer derrière le pied et se rejoindre vers la ligne médiane en formant semelle par leur jonction, et assez longs seulement pour se porter jusqu'au-dessous des éminences latérales de la tête du premier et du cinquième métatarsien. J'ai apporté cette modification à mon procédé primitif parce que j'ai expérimenté qu'ainsi le pied était mieux maintenu sur la jambe que par une semelle séparée. Cependant il est également facile de le confectionner avec des cartons placés sur les parties latérales du membre et auxquels on ajouterait une semelle le long de la plante du pied dès qu'on a soin de replier sur celle-ci l'extrémité de chaque attelle de carton. Les cartons ne doivent en aucun cas comprimer le bord du tibia, et ils doivent être d'une largeur convenable pour laisser en arrière et en avant du membre un espace d'un travers de doigt entre leurs bords correspondans. Ces dispositions étant prises (il faut remarquer que tout ceci doit être préparé d'avance). on fait avec des ciseaux des entailles sur les bords des cartons afin qu'ils s'adaptent mieux aux parties avec lesquelles ils seront en contact. J'ai remarqué depuis peu, qu'il était préférable de casser le carton en y faisant un pli et en le déchirant après, au lieu de le couper avec des ciseaux; de cette manière les bords sont moins durs et moins susceptibles d'offenser la peau par la compression lors de la dessiccation du bandage; puis on les trempe dans l'eau et on les enduit d'amidon, on les met en place et on en garnit de nouveau les deux faces d'une épaisse couche amylacée, afin qu'en se desséchant elle fasse avec le carton, une substance aussi dure qu'une attelle ordinaire. La troisième rangée de bandelettes est alors appliquée. On lève ensuite légèrement le membre pour placer entre le calcanéum et le mollet un coussin conique bourré d'étoupes qui a pour effet de former de la face postérieure du bandage une surface entièrement horizontale et d'empêcher ainsi la compression du talon et du mollet pendant le décubitus du malade. Cette talonière est entourée de substance amylacée qui devra ensuite concourir à l'assujettir convenablement, et on la recouvre des bandelettes inférieures de la 4ᵉ rangée que l'on épinse autour du membre. Ce coussin peut être placé dès le principe entre la 2ᵉ et 3ᵉ rangée de bandelettes; on évite de cette manière le déplacement du membre. Une précaution essentielle à prendre c'est d'éviter que le tendon d'Achille ne soit trop comprimé par les bandelettes. Afin d'éviter cet inconvénient il est bon de le garnir au préalable d'une compresse pliée en plusieurs doubles. On pourrait également éviter cet accident en recouvrant cette partie de plusieurs pièces superposées d'emplâtre agglutinatif ou simplement du sparadrap double. Ce moyen est surtout avantageux chez les personnes qui ne sont point disposées à contracter l'érysipèle à la moindre application de corps gras.

La partie du carton qui correspond à la jambe et à la cuisse est ainsi recouverte et il n'en reste plus à nu que les montans qui vont se rencontrer derrière le pied: on les y maintient avec une bande roulée. Cependant, comme il faut que la dessiccation soit complète avant que l'on puisse être tranquille sur la solidité, et qu'en attendant des déplacemens peuvent avoir lieu, on roule dans le drap fanon et on applique provisoirement par son intermédiaire, sur les parties latérales du bandage, deux fanons composés chacun de plusieurs cylindres de paille réunis au moyen d'une ficelle, qui ont ainsi l'avantage de maintenir les parties en position sans déterminer d'enfoncement notable sur la surface des parties correspondantes aux cartons. Le tout est assujetti par des liens comme dans l'appareil de Scultet, et alors seulement les aides qui jusqu'alors ont exercé l'extension et la contre-extension, peuvent abandonner le membre à lui-même.

Cependant, si la fracture était oblique et que les extrémités osseuses offrissent des difficultés pour être maintenues en rapport, il conviendrait alors d'appliquer à l'extrémité du membre une *anse* faite au moyen d'une bande double collée sur les parties latérales du pied et de la jambe, afin d'y appliquer un sachet contenant plus ou moins de sable et qui dépasserait le lit afin de tirer en bas le membre fracturé, en ayant soin toutefois de placer le blessé assez horizontalement, de manière que le poids du tronc et principalement des épaules exécutent la contre extension; il est même des cas où l'on pourrait se servir avec avantage d'un drap de lit plié sur sa longueur de manière à en appliquer le centre sur le périné et d'en nouer les extrémités à la tête du lit jusqu'à dessiccation parfaite de l'appareil. Le lendemain de cette dessiccation on peut sans crainte ôter le drap fanon et les fanons en paille et les remplacer par une bande roulée depuis le pied jusqu'à la hanche. On peut même, si la fracture a lieu à la partie supérieure du fémur, faire un spica de l'aine, afin de maintenir le carton extérieur qui doit monter jusqu'à la crête de l'os des îles. Un bandage de corps peut aussi remplacer le spica.

On peut placer à côté de la cuisse que l'on vient d'entourer ainsi du bandage permanent, un calefacteur quelconque pour hâter sa solidification. Ceci serait non-seulement un objet de goût et de fantaisie, mais deviendrait une indication positive si l'on pouvait soupçonner qu'il s'est formé un vide entre la face externe du membre et le bandage; car alors, en mouillant l'endroit correspondant à l'espace situé entre les bords des cartons on conçoit qu'une compression circulaire agira sur ces espèces d'attelles qui tendront à se rapprocher de l'axe du membre. Deux ou trois jours après, on pourra ordinairement permettre au malade de marcher avec des béquilles en ayant soin de soutenir le membre par le moyen d'une bande, avec laquelle on fera un nœud coulant qui embrassera le pied et dont les chefs seront fixés à la nuque. Le bandage devra rester en place jusqu'à parfaite consolidation, sauf les cas où des accidens surviendraient pendant la durée du traitement.

Application pour une fracture de jambe.

Il est facile de se figurer, d'après ce que je viens de dire, la manière dont on devra se conduire. En faisant abstraction de la partie supérieure du bandage pour la cuisse, on a celui pour la jambe. Il est toutefois ici une remarque à faire. Il faut toujours pour que l'inamovible et tous les bandages contentifs en général puissent être utiles, qu'ils soient appliqués sur une étendue des fragmens suffisante pour que ceux-ci ne puissent point basculer. Ainsi, il pourrait arriver que la fracture ayant eu lieu tout à fait à la partie supérieure de la jambe près de l'articulation, le bandage fut insuffisant pour maintenir le fragment supérieur; si l'on se bornait à l'appliquer seulement jusqu'en dessous du genou, il sera alors nécessaire de le faire monter jusque vers la partie inférieure de la cuisse en couvrant l'articulation et en maintenant la jambe dans une légère flexion ou dans l'extension, suivant les différens déplacemens des fragmens. Une seconde remarque à faire c'est que la jambe, étant plus facile à changer de place et à soutenir que le membre pelvien tout entier, on court moins le risque de changer le rapport des parties fracturées par le transport d'un endroit à un autre; on pourra donc, pendant l'hiver, mettre le blessé dans un fauteuil près du poêle et au soleil pendant l'été; poser la jambe entourée du bandage sur un coussin et de manière à ce qu'elle reçoive une quantité suffisante de calorique pour que la solidification soit achevée en une douzaine d'heures. Il est bien entendu toutefois que ce moyen ne doit être employé quand il y a disposition évidente à l'inflammation dans le membre fracturé.

Application pour la fracture du bras.

Un gantelet composé de cinq bandelettes étroites et assez longues pour couvrir un doigt, sera d'abord appliqué. On entourera ensuite la main, le poignet et l'avant-bras de circulaires que l'on portera ensuite sur le bras pendant que des efforts combinés d'extension et de contre-extension s'opèrent. Cette première couche ne sera encore ici enduite d'amidon qu'après son entière application. L'avant-bras étant maintenu dans la demi flexion et entre la supination et la pronation, on découpera deux attelles en carton, dont l'une sera interne et l'autre externe et qui, étant destinées à être appliquées sur toute la longueur du membre, seront coudées à angle vers la portion qui devra correspondre au coude afin de s'accommoder à la flexion de l'avant-bras. Leur largeur sera telle, qu'elles puissent, lorsqu'elles seront en place, laisser entre elles, en avant et en arrière, un espace d'un travers de doigt pour pouvoir être rapprochées par la suite. On les appliquera en suivant les principes énoncés plus haut; on les fixera au moyen d'une nouvelle bande que l'on pourra, si l'on veut, épuiser par un 8 de chiffre passant sous l'aisselle opposée, et venant faire des croisés sur l'épaule du côté malade. S'il est nécessaire de faire exécuter des mouvemens de flexion et d'extension au coude, on doit recourir au même moyen que j'ai indiqué plus haut pour le genou dans la fracture de la cuisse. C'est-à-dire qu'il faudra ou faire les attelles de carton en deux parties séparées vers le pli du coude, ou mouiller avec de l'eau cet endroit, déchirer ensuite une partie du carton de manière à permettre des mouvemens à l'articulation; en réappliquant ensuite sur les pièces de linge qui entourent le coude, une légère couche d'amidon, on parvient à rendre à cette partie la solidité nécessaire au maintien du bandage.

Application pour la fracture de l'avant-bras.

Même conduite, sauf qu'ici une attelle est antérieure et une autre postérieure; en outre quand la fracture a lieu bien près de l'articulation radio-carpienne, il peut être nécessaire de découper l'attelle antérieure en forme de main pour lui permettre de s'adapter convenablement à la paume de la main et aux doigts, et de maintenir ainsi la main immobile sur l'avant-bras. Il est également urgent de faire exécuter au poignet, des mouvemens de flexion et d'extension, par les mêmes moyens indiqués ci-dessus et par les mêmes procédés.

Application pour la fracture de la clavicule et du col de l'humérus.

Ici on pourra appliquer les bandages décrits dans les auteurs, en enduisant les bandes d'amidon à mesure qu'elles se déroulent. On a de cette manière une espèce de cuirasse qui ne présente pas les inconvéniens qu'ont tous les bandages renouvelés, de céder au poids et aux mouvemens de l'avant-bras et de se déranger.

Application dans les cas autres que les fractures.

Il est facile de se figurer les changemens que ces cas pourraient exiger dans la confection du bandage. S'il



arrivait que les cartons dussent passer sur des ouvertures qui ne peuvent être bouchées, il faudrait d'abord faire à ces cartons un nombre de trous en rapport avec celui de ces ouvertures; appliquer ensuite ces cartons, puis les bandes, ensuite faire à celles-ci des incisions correspondantes aux trous des cartons, de la manière d'ailleurs que j'ai déjà indiquée plus haut. Il faut bien se garder de faire de grandes ouvertures aux cartons ou aux bandes dans ces cas-ci, car il en résulterait des inconvéniens que j'ai été à même de remarquer, c'est-à-dire que les ouvertures un peu grandes permettent aux bourgeons charnus de se développer d'une manière si extraordinaire, qu'il peut en résulter des accidens. Dès que les ouvertures donnent issue à la matière, elles sont suffisantes. Enfin le chirurgien doit, par son génie, prévoir les accidens qu'une compression intempestive pourrait amener, ou de comprimer fortement des éminences formées par les condyles.

Observation de quatre ptérygions musculaires existant en même temps sur un même œil. — Excision pratiquée avec succès; par Florent Cunier, médecin militaire, etc.

Le *ptérygion* (*ongle*, *onglet*, *panniculus*), consiste en une excroissance ou dégénérescence particulière de la conjonctive qui forme un repli épais, aplati et pyramidal, dont le sommet est dirigé vers le centre de la cornée tandis que la base est fixée dans la conjonctive scléroticale, et le plus fréquemment à l'angle interne de l'œil, quelquefois à l'angle externe et rarement à la partie inférieure ou supérieure.

On observe assez fréquemment deux ptérygions sur le même œil, l'un provenant de l'angle interne, l'autre de l'angle externe. Il arrive aussi que quatre ptérygions existent à la fois : ils convergent tous vers la cornée qu'ils envahissent et le malade finit par perdre la vue. C'est là, selon Scarpa, la maladie à laquelle les anciens donnaient le nom de *pannus*.

On distingue trois variétés du ptérygion ; le *membraneux*, le *musculaire*, et l'*adipeux* (1).

(1) Scarpa croit que les anciens donnaient le nom de *pannus* à la réunion de quatre ptérygions ; d'après *Dionis*, le ptérygion musculaire seul porte ce nom « qu'il a reçu des Latins à cause qu'il paraît comme un morceau de linge. Il est plus malin que les autres, étant entrelassé de vaisseaux gros et rouges qui y causent inflammation et ulcère, ce qui le rend plus difficile à guérir. » (Voyez son *Cours d'opérations de chir. démontrées au jardin royal*. Paris, 1777).

«Les Grecs, Celse et les Arabes font de trois espèces d'*onglée*. La première est appelée *membraneuse* qui prend son commencement du grand coin et peu s'advance et s'étend en dehors. La seconde *ressemble à de la graisse congelée*, et pour ce celle s'appelle *adipeuse*, qui se rompt quand on la touche pour l'arrascher, prennant son principe du même coin que le précédent. La troisième s'appelle des Latins *Panniculus* et des Arabes *Sebel*, qui est plus fascheux et malin à guérir qu'aucun des autres, d'autant qu'il est entrelassé de veines et artères grosses et rouges, semblables à un linge délié, auquel survient souvent inflammation, rougeur et prurit. Toutes n'adhèrent pas en toutes leurs parties à l'œil, tenant seulement par leurs extrémitez ; de façon qu'entre l'onglée et l'œil on peut passer une petite sonde.

La réplétion de sang séreux en la teste, meslé avec pituyte salée, et la disposition de l'œil pour sa débilité sont causes de ce mal : elles s'engendrent plustôt en un corps froidureux, tel comme sont les vieilles gens et en un lieu ou habitation froide ; aussi advient comme nous avons déjà escrit après une ophthalmie mal traitée et induement refroidie ou à la chassie de l'œil invétérée. »

De l'œil et de ses maladies. Cours de méd. théor. et prat. en français, par *Louis Guyon Dolois, sieur de la Nauche* et *Lazarre Meyssonnier*. Lyon, 1678, in-4°.

Le ptérygion n'est pas toujours adhérent en toutes ses parties à la conjonctive et à la cornée; il y est quelquefois fixé par ses extrémités seulement. Lorsque deux ou quatre ptérygions existent en même temps, il peut arriver que réunis par leurs sommets, ils ne soient fixés au globe de l'œil que par leurs bases.

C'est ce qu'on remarquait dans l'observation suivante, que j'ai recueillie, de quatre *ptérygions musculaires* existant en même temps sur un même œil.

Le fusilier Evrard, Henri, âgé de 27 ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, avait été libéré du service pour « *perte partielle de la vue, occasionnée par un « staphylôme de la cornée transparente de l'œil gauche, survenu à la suite d'une ophthalmie purulente.* » (Termes employés dans le congé qui lui a été délivré.)

Rentré dans ses foyers, Évrard reprit sa profession de maçon, et deux années plus tard, il contracta une violente ophthalmie de l'œil droit qui n'avait jamais été affecté jusqu'alors. Il réclama les soins du *maréchal-ferrant* de son village, industriel actif, *guérisseur* et *saigneur* de chevaux, de vaches, d'hommes et de femmes. Cet Esculape pratiqua d'abord deux saignées à son malade et lui administra ensuite un collyre composé d'*eau ferrugineuse* prise dans le bac de son atelier et filtrée, de *vinaigre* et de *sucre candi*.

L'affection avait cédé à l'emploi de ces moyens et Évrard avait repris ses travaux depuis six semaines, lorsque par un matin il s'aperçut que la conjonctive de la sclérotique de l'œil droit était recouverte d'une ecchymose très-prononcée; comme il s'était énivré la veille, il crut que cela provenait de quelque contusion qu'il avait pu se faire en se heurtant la tête contre un arbre qui lui avait servi de point d'appui pendant les efforts du vomissement qui lui était survenu (1). Cette ecchymose ne disparaissant point, il alla consulter, un mois après, le maréchal-ferrant dont les saignées et le collyre restèrent cette fois impuissans.

(1) Lieutaud, *Précis de médecine pratique*, volume II, page 188, dit que l'on observe souvent ces ecchymoses après les efforts du vomissement.



Dès qu'Evrard eut pour ainsi dire cessé d'y voir du seul œil qui lui restait, il réclama les secours d'un médecin qui reconnut l'existence de quatre ptérygions et prescrivit l'usage de collyres résolutifs. L'affection résista à cette médication et le malade avait été soumis successivement au traitement de cinq ou six médecins lorsque dix mois après la naissance de la production morbide, il me fut adressé par un ancien camarade d'études, M. Hayet.

Évrard portait à l'œil gauche un staphylôme sphérique total de la cornée transparente; la cornée avait conservé une certaine translucidité qui lui a toujours permis de distinguer le jour de la nuit; et depuis qu'il avait perdu l'usage de l'œil droit, il pouvait à l'aide de l'œil gauche, distinguer la forme et la couleur des objets. Ce staphylôme était facilement recouvert par la paupière.

Sur l'*œil droit*, quatre ptérygions dont les sommets, réunis au centre même de la cornée, adhèrent entre eux. Leurs bases étaient fixées dans la conjonctive scléroticale, à trois lignes environ de la circonférence de la cornée, de telle façon que l'ensemble de ces quatre tumeurs, toutes de grandeur égale, affectait la forme d'une *Croix de Malte*.

Leur tissu ressemblait à celui d'un muscle; ils étaient parsemés de vaisseaux variqueux.

L'espace qui les séparait était rempli par des prolongemens analogues à des attaches tendineuses, partant des côtés de chaque ptérygion et se réunissant deux à deux à égale distance de leurs points de naissance (1). Ces deux prolongemens réunis, occupant l'espace qui séparait les ptérygions les uns des autres, avaient la même forme et étaient de grandeur égale à celle de ces tumeurs, de sorte que la base de celles-ci jointe à la base des prolongemens tendineux, représentait une circonférence divisée en huit arcs égaux. Il est à remarquer qu'aucun prolongement ne naissait de la base ou du sommet des tumeurs, pour s'épanouir soit sur ces dernières, soit sur la conjonctive.

La *conjonctive palpébrale* était saine; mais la partie de la *conjonctive scléroticale* que ne recouvraient point les ptérygions ou leurs prolongemens, était parsemée d'une multitude de vaisseaux variqueux.

En saisissant avec une pince les diverses parties des tumeurs on reconnaissait facilement qu'elles n'adhéraient à la cornée ni par leur sommet ni par aucun point de leur étendue et qu'elles étaient fixées dans la conjonctive oculaire par leur base seulement.

L'ancienneté de la maladie ne laissait aucun autre moyen de rendre la vue au malade que de pratiquer l'excision des ptérygions. Le malade y consentit, mais en déclarant formellement qu'il n'entendait pas qu'on opérât son œil gauche ainsi que plusieurs médecins le lui avaient conseillé.

Divers modes opératoires ont été mis en usage pour l'extirpation du ptérygion.

Ruysch, Brisseau et Dionis conseillent de « passer » une aiguille courbe, mousse et enfilée d'un fil par » dessous le ptérygion, et, avec les deux bouts du fil, » l'élever et le tirer à soi, pour le séparer de ses adhé» rences avec un petit bistouri, prenant garde de bles» ser la cornée et laissant plutôt une petite partie du » ptérygion à la consomption de laquelle on travaillera » ensuite (1). »

D'après Delaroche et Petit-Radel (2), « il n'y a ja» mais eu qu'une manière d'extirper l'ongle, le pannus » et ce réseau de vaisseaux variqueux qui couvrent » quelquefois les yeux, elle consiste à passer par des» sous un fil ou un crin, ou à les accrocher avec une » érigne pour les soulever et à les détacher ensuite en » les coupant avec des ciseaux fins et pointus, le plus » près possible de leur origine. Le ptérygion que Maî» tre-Jean a appelé *graisseux* ne peut absolument être » enlevé que par les ciseaux, à cause de sa grande mol» lesse. »

Velpeau (3) donne une méthode opératoire à laquelle il serait souvent dangereux de recourir, lorsque le ptérygion est fort ancien à cause des altérations considérables de la cornée que l'on rencontre presque toujours alors.

M. Middlemore (4) a appelé tout récemment l'attention des praticiens sur cette production morbide. Son mode opératoire est le même que celui employé depuis nombre d'années par M. Van Onsenoort et après lui par le chirurgien-major Kerst, professeur à l'hôpital militaire d'instruction de l'armée hollandaise. Cette méthode offre les plus grands avantages lorsqu'un seul ptérygion doit être excisé, ou bien lorsque plusieurs existent à la fois, et adhèrent à la conjonctive et à la cornée, sans cependant être réunis par des prolongemens, comme dans le cas qui nous occupe.

Stoeber (5) saisit avec des pinces la partie du ptéry-

(1) Adam Schmidt a observé des ptérygions qui *ressemblaient tellement à de petits muscles qu'ils offraient même des prolongemens analogues à des attaches tendineuses.* Mais ces prolongemens partaient toujours de la base ou du sommet de la tumeur. (Voyez *Ophthalmologische Bibliothek*. 2 Bd, 1 St, Seite 57.)—Mauchart, (*de ungue oculi*) a également observé ce prolongement naissant des extrémités supérieure ou inférieure du ptérygion. — *Schmidt's Jahrbucher,* Band VII, H. 6.

(1) Lorsque la pointe du ptérygion est très-rapprochée de la pupille, Boyer recommande de ne pas en prolonger la dissection jusque là, de n'en exciser que les quatre cinquièmes postérieurs.

(2) *Encyclopédie méthodique.* — Chirurgie par Delaroche, médecin du régiment des Gardes Suisses, etc., et Petit-Radel, docteur-régent de la Faculté de Paris. — Vol. I, page 329. — Paris 1790, in-4°.

(3) Nouveaux élémens de médecine opératoire.

(4) *Provincial medical and surgical transactions* (vol. III). Voyez Encyclographie des sciences méd., tome IV, 2e série, avril 1836, *Medico-chirurgical Review*, by J. Johnson and J.-H. Johnson, page 154.

(5) *Manuel pratique d'Ophthalmologie*, par Victor Stoeber, agrégé à la faculté de médecine de Strasbourg, in-8°, 1834.

gion qui recouvre la sclérotique et qui est plus lâchement attachée au globe de l'œil que la partie qui se trouve sur la cornée; puis il incise avec le couteau à cataracte la base de la tumeur et détache ensuite celle-ci à l'aide de ciseaux courbes sur leur plat. De cette manière l'opération est plus facile et moins dangereuse que lorsqu'on la commence par le sommet de la tumeur.

Les ciseaux dont se sert le plus communément le médecin oculiste, sont *droits* ou *concaves*. M. *Percy* (1) a substitué aux uns et aux autres des ciseaux dont les lames sont coudées sur le plat et forment avec les branches un angle de 25 degrés (2). Les branches sont divergentes comme dans les ciseaux ordinaires, mais les anneaux sont cylindriques. Le principal avantage de ces ciseaux est d'empêcher que la main de l'opérateur ne vienne à son jour, inconvénient qu'ont souvent les ciseaux droits; ils coupent d'ailleurs mieux de la pointe que les ciseaux concaves.

L'opération que j'avais à pratiquer pour enlever les quatre ptérygions, était fort simple.

Voici le procédé que je mis en usage :

Le malade étant couché sur une table, un aide écartant autant que possible les paupières l'une de l'autre et fixant en même temps le globe de l'œil par une pression exercée de chaque côté, je saisis avec une pince à disséquer (3) le prolongement du ptérygion interne à la partie moyenne de sa réunion avec celui du ptérygion inférieur et l'incisai alors jusqu'à *la base de cette* dernière tumeur, à l'aide des ciseaux de Percy. Je saisis alors cette base avec les pinces et la détachai avec les ciseaux. Il en fut de même de l'arc formé par la réunion de son prolongement externe avec celui du ptérygion externe, dont la base fut détachée à son tour. Dès lors je relevai le lambeau pour m'assurer que les tumeurs ou leurs prolongemens n'adhéraient en aucun point à la cornée et que leur base *seule* était fixée dans la conjonctive de la sclérotique. Ce qui restait de la circonférence fut excisé de la même manière.

Afin de prévenir l'inflammation qui aurait pu se développer à la suite de cette inflammation, je respectai l'hémorrhagie toute abondante qu'elle était. J'employai ensuite des lotions d'eau de mauve froides, souvent répétées; je mis en usage les moyens indiqués pour empêcher les adhérences du globe de l'œil avec la paupière. Les deux yeux furent abrités avec une compresse, suivant le conseil d'Hévin (1), la cornée de l'œil gauche, ayant conservé une certaine translucidité, ainsi qu'il a été dit plus haut; le malade fut retenu dans une obscurité modérée.

La plaie qui résultait de l'excision suppura légèrement, puis se cicatrisa. Aucune partie n'avait échappé à l'instrument.

La cornée avait conservé toute sa transparence; les vaisseaux variqueux qui, avant l'opération rampaient à la surface de la conjonctive scléroticale non-recouverte par les tumeurs disparurent, et 35 jours après l'opération Évrard put supporter l'action de la lumière à l'usage complet de laquelle il avait été rendu graduellement.

Il a continué depuis lors à se livrer à sa profession de maçon, fort content d'y voir d'un œil, et sans trop se soucier du staphylôme sphérique de la cornée de son œil gauche, infirmité pour laquelle il a constamment déclaré qu'il ne voulait subir aucune opération, fut-elle possible, fut-il certain de récupérer la vue de cet œil.

La cicatrice résultant de l'excision de la base des tumeurs et de leurs prolongemens reste apparente et forme sur la conjonctive de la sclérotique une circonférence régulière d'un aspect jaunâtre et qui devient chaque jour moins apparente.

Il arrive souvent que quelque partie du ptérygion échappe à l'instrument, et la tumeur renaît alors si l'on

---

(1) L'Académie royale de chirurgie avait proposé en 1780 pour sujet d'un prix, la question suivante : « En quels cas les » ciseaux, dont la pratique vulgaire a tant abusé, peuvent-ils » être conservés dans l'exercice de l'art? Quelles en sont les » formes variées relatives à différens procédés opératoires? » Quelles sont les raisons de préférer ces instrumens à d'autres » qui peuvent également diviser la continuité des parties? Et » quelles sont les diverses méthodes d'en faire usage? » Cette question fut traitée par le célèbre Percy, et l'Académie couronna sa dissertation, dont Delaroche et Petit-Radel, (ouv. cité) donnent un excellent résumé.

(2) Plusieurs oculistes se servent de préférence des ciseaux de *Daviel*; ces ciseaux sont courbes sur le bord et sur le plat, doivent avoir des pointes mousses, bien polies, et servent surtout à agrandir l'incision de la cornée lorsque malheureusement elle a été faite trop petite. On doit toujours avoir *deux paires* de ces ciseaux dont les courbures se regardent, savoir : une pour le côté droit, l'autre pour le côté gauche. On les emploie dans d'autres opérations; Weller et autres en conseillent l'usage dans celle du ptérygion. Outre que l'on doit toujours en avoir deux paires, il est très-difficile de bien confectionner ces sortes de ciseaux, non-seulement parce que les deux branches de chaque paire doivent bien s'accorder exactement, mais parce qu'il faut en même temps qu'elles soient fort tranchantes, ce qu'on n'obtient pas aisément à cause de leur courbure.

(3) La pince à disséquer est préférable à la pince oculaire de *Blœmer*, avec laquelle on lâche difficilement une partie saisie. Cette dernière pince se distingue des autres par ses trois pointes en crochet, dont un se trouve à une branche, et les deux autres à la seconde branche, disposées de telle sorte qu'elles forment avec la tige un angle de 120 degrés. Quand on ferme la pince, la seule pointe existant d'un côté s'applique exactement entre les deux autres que supporte la branche opposée. Cet instrument peut être employé (*Græfe und von Walther's journal fur chirurgie und Augenheilkunde*, volume 1er, n° 4, page 730) dans tous les cas où Beer faisait usage de sa pince à dents. Ainsi que je l'ai dit plus haut, son grand désavantage est de ne pouvoir être débarrassée avec promptitude lorsque le cas l'exige; elle est au contraire du plus grand secours dans l'anatomie *fine*.

(1) « Car l'un ne pouvant se mouvoir sans l'autre, à cause de la correspondance qui se trouve entre eux par l'union intime des nerfs optiques, la lumière qui frapperait l'œil libre, exciterait dans l'œil blessé, des mouvemens qui lui seraient nuisibles, etc. » (*Cours de pathologie et de thérapeutique chirurgicales*).

n'entretient la suppuration jusqu'à ce que cette partie soit fondue ; et, lorsque quelqu'indication empêche de provoquer ou d'entretenir la suppuration, si l'on n'emploie les moyens recommandés contre les taies de la cornée et les excroissances de la conjonctive, moyens entre lesquels le nitrate d'argent fondu et le nitrate d'argent en solution tiennent le premier rang. (voy. *Beer, Lehre der Augenkrankheit*, t. II *Flarer, Tentativi per ottenere la guarizione, etc., Ammon's zeitschrift*, Band 1, seite 80). La pommade recommandée par Schenschke (*Schmidt's jahrbucher*, voy. *Encyclographie*, octobre 1836) contre les ulcères et les taches de la cornée trouve très-bien son application ici. La fréquence avec laquelle les ptérygions renaissent après l'opération, et surtout l'ignorance des moyens de s'y opposer, effrayaient les anciens (1) à tel point que plusieurs d'entre eux n'osent conseiller d'en venir à l'opération que dans les cas où le ptérygion n'adhère que par ses deux *canthus*. Je rapporterai seulement ce qu'a écrit à ce sujet *Louis Guyon Dolois*, (*ouv. déjà cité*).

« Que si pour tous ces remèdes cette membrane ne se vouloit consommer, il faut venir à la chirurgie, pourveu que l'onglée soit de la nature de celles qui n'adhèrent du tout contre la conjonctive et prunelle des yeux, mais seulement par les deux *canthus*. Le chirurgien ne touchera nullement au *ptérigion* qu'on appelle *Sebel*, ny à l'onglée qui est grosse, renversée, éminente et endurcie et par conséquent cause des douleurs aux tempes; car celuy qui est tel est malicieux et tient du chancre. Rondelet a écrit en sa pratique qu'à une femme qui avait eu un charbon en l'œil dont lui estoit resté un ptérigion charneux, il avoit fait couper deux onces de chair à diverses fois (2). Celuy qui est adipeux ne se peut oster, car il se romproit en le soulevant, mais celuy qui n'adhère aucunement à l'œil et qui ne tient qu'aux deux *canthus* est curable par l'opération. »

Dans un prochain article, je reviendrai sur ce point de chirurgie, à l'occasion d'une dissertation qui vient d'être publiée à Erlangen, par *C. Funke*, sous le titre de : *Ueber den wahren Blutschwam des Auges und seine verschiedenheit von ähnlichen krankheiten.* Mit. 4 ill. kupf. Je rendrai compte de cette intéressante monographie.

(1) Le principal moyen de *consommer* ce qu'ils appelaient le *superflu* consistait dans l'emploi « de poudre de coques d'œuf lesquelles ont été premièrement infusées dans bon et fort vinaigre, puis réduites en poudre ; la pierre ponce aussi réduite en poudre très-subtile comme aussi le vert-de-gris brûlé. » Par *superflu* ils entendaient les portions de ptérygion existantes après l'opération qui était presque toujours partielle. Le ptérygion *récent* et qui « ne *faisoyt que commencer*, étoit *consommé* par médicamens usitez, » c'est-à-dire, par poudres composées de *calcanthum* ou d'*atramentum sutorium*, d'écaille de cuivre et *calcitis*. « Mais d'autant que ces choses font grandes douleurs, il ne les faut appliquer si elles ne sont meslées avec de benignes, etc. » Est-il étonnant que leurs malades perdissent la vue? que l'on redoutât l'opération?

(2) *Ego in muliere quæ carbunculum passa erat, uncias duas carnis ab oculo detraxi abscisione per multas vices.* — Gull. Rondeletti meth. curand. morb. libri tres. — Parisiis 1574. (cap. *de pterygio*).

Observation sur un polype du col de la matrice; par Amé Philippart, docteur en médecine, en chirurgie et en accouchemens, à Tournay.

Mademoiselle Félicité Carnoy, jardinière, âgée de 28 ans, célibataire, douée d'un tempérament lymphatico-nerveux, d'une constitution faible, avait toujours été bien réglée, et n'avait jamais éprouvé d'indisposition jusque vers le milieu du mois de mai 1835. Alors, sans cause connue, dit-elle, et sans aucun symptôme précurseur, elle vit ses règles paraître plutôt qu'à l'ordinaire, et ne plus cesser un seul jour jusqu'aujourd'hui, 17 avril 1836. Peu de temps après ce premier symptôme, elle ne tarda pas à éprouver des tiraillemens dans les aînes, les lombes, les fesses, et des douleurs qui variaient en intensité, dans la région hypogastrique.

Espérant que ces accidens finiraient bientôt spontanément, la malade ne prit d'abord aucun avis, et suivit les conseils de quelques bonnes commères jusqu'au mois d'août suivant. Alors, voyant que sa maladie allait de mal en pire, que le teint fleuri de son visage avait fait place à la pâleur, que son amaigrissement faisait des progrès, que sa faiblesse augmentait en proportion inverse de la quantité d'alimens qu'elle prenait, elle se détermina à demander des conseils.

Un Esculape, fameux dans l'art uroscopique, fut l'homme choisi de préférence : une potion faite avec le ratanhia, les compresses d'eau froide et les rafraîchissans étaient, suivant l'avis de cet homme, des moyens sûrs, pour arriver à une guérison complète.

Ce traitement fut rigoureusement observé, pendant deux mois, sans que, comme on le pense bien, il fut suivi d'aucun effet.

La malade souffrit ainsi son mal jusqu'au moment où je fus appelé (16 avril 1836). Elle présentait un visage pâle et maigre, des lèvres pendantes, de la nonchalance dans les mouvemens ; son appétit était très-peu prononcé, ses digestions difficiles, ses selles rares; son pouls petit et mou; sa voix se faisait remarquer par la faiblesse; enfin elle était dans un état d'hyposthénie très-prononcé. Elle se plaignait en outre, depuis une dizaine de jours, de quelques frissons dans les reins, qui se répétaient chaque soir.

Le toucher me fit reconnaître très-facilement une tumeur fibro-celluleuse, de la grosseur d'un œuf de poule, pédiculée et implantée sur la face interne et antérieure du col de la matrice.

L'opération proposée et acceptée avec empressement, tant par la malade que par sa famille, j'y procédai le lendemain, 17, de la manière suivante, après l'y avoir préparée par la diète, le repos et quelques lavemens émolliens : placée sur le bord d'un lit élevé,

comme pour l'opération de la taille sous pubienne, j'introduisis des pinces à érignes dans la paume de la main gauche placée dans le vagin; et le polype fixé à l'aide de celles-ci, j'opérai quelques tractions, pour l'amener à l'entrée de la vulve. Mais, comme il semblait se déchirer, je ménageai mes tractions, et j'introduisis, sur l'index de la main gauche, des ciseaux courbés sur le plat, jusque sur le point d'insertion de la tumeur fibreuse. Un seul coup suffit pour l'abattre.

Quelques gouttelettes de sang suintèrent; aucune sensation douloureuse ne fut éprouvée par la malade, qui manifesta une grande joie, en voyant dans ma main la cause de tous ses maux.

Le soir, il y eut quelques frissons dans les lombes, quelques douleurs dans la région hypogastrique et des tiraillemens dans les cuisses.

Le repos complet, la diète, quelques légers laxatifs calmèrent ces accidens au bout de quatre jours.

Le huitième de l'opération, les règles parurent: et, depuis ce moment, elles n'ont cessé de revenir périodiquement et d'une manière très-régulière. Toutes les fonctions rentrèrent bientôt dans leur état normal; et jusqu'aujourd'hui cet état ne s'est pas encore démenti.

Examen de la tumeur. Elle avait le volume d'un œuf de poule; sa figure était celle d'une poire: son pédicule avait la grosseur de l'extrémité du petit doigt; sa couleur était rosée et imitait celle de la substance corticale du cerveau. Elle était bosselée et ramollie en plusieurs endroits; un point de sa circonférence présentait une surface verdâtre, ayant la consistance du putrilage, une odeur infecte, la largeur d'un centime et l'épaisseur d'une ligne environ.

Je la conserve dans l'alcool.

Quelques observations critiques au sujet des deux mémoires couronnés par le Congrès Médical de Belgique sur la question proposée par cette assemblée, concernant les moyens propres à opposer à la propagation de la syphilis; par Froment père, médecin de garnison honoraire, chevalier de la Légion d'Honneur, membre correspondant de plusieurs Sociétés savantes.

Dans un moment où l'autorité va s'occuper, sans doute, des mesures proposées dans les mémoires qui ont été couronnés par le Congrès médical de Belgique, sur la question des moyens propres à arrêter ou à modérer la propagation de la maladie vénérienne, quoique applaudissant aux intentions éminemment philanthropiques qui ont présidé à leur rédaction, hâtons-nous de nous réserver notre droit d'examen, et de consigner ici les objections qu'une lecture attentive a faites, sur leur ensemble, dans notre esprit. D'accord sur le but et la pensée première, on diffère quelquefois dans les détails; et tout en rendant justice aux talens distingués des auteurs de ces mémoires, on ne peut s'empêcher de leur reprocher sur certains points un rigorisme qui peut devenir nuisible à l'effet qu'ils s'en proposent.

S'il importe de conserver la santé publique et d'éloigner autant que possible les causes de maladies, il me semble qu'il faut, pour parvenir à ce résultat, n'employer que des moyens moraux et efficaces qui n'exposent pas la société à la dégradation et à l'arbitraire, surtout lorsqu'en enfreignant ces deux conditions, on n'arrive pas à un résultat certain et qu'on ne diminue même pas les chances de contagion.

Dans le mémoire qui a obtenu le premier prix, on propose la nomination de visiteurs attachés à chaque maison publique, chargés de la visite des hommes qui s'y présenteront: mesure aussi immorale que vexatoire, qui n'est ni en rapport avec nos mœurs ni avec nos institutions, et qui deviendra la cause d'une infinité de rixes et de voies de fait.

D'abord ces inspecteurs ou visiteurs, comme on voudra les appeler, ne pourront être choisis que dans la classe la plus abjecte de la société, parmi des gens sans honneur et surtout sans pain; car quel est l'homme qui sente encore sa dignité, qui conserve la moindre pudeur, qui voudra descendre jusqu'à ce vil métier, qui voudra passer sa vie dans une maison publique au sein de la débauche la plus effrénée? Ce ne sera qu'un homme taré dans l'opinion, ou accablé par la plus affreuse misère; eh bien, quelle garantie offrira un tel individu, et cependant il exercera sur l'homme probe, accidentellement entraîné par un besoin irrésistible, une espèce de police qui peut conduire celui-ci en prison, si tout à coup, reprenant sa dignité d'homme et le calme des passions, il apprécie sa position envers celui qui est chargé de le soumettre à une visite aussi dégradante pour l'un que pour l'autre. En effet, comment ne pas mépriser un tel emploi, comment ne pas se porter à quelques excès envers un être vil, qui a préféré le séjour de toutes les turpitudes humaines aux douceurs d'un travail qui honore? Cet homme, placé si bas, pourra cependant vous faire priver de votre liberté si vous résistez à ses ordres, si vous n'étalez pas à ses yeux des organes qu'un être dépravé, même, ne montre qu'avec la plus grande répugnance à un individu de son sexe; il faudra cependant se soumettre à cette visite si vous voulez satisfaire à un besoin qu'il n'est pas toujours dans la nature de l'homme de comprimer, ou vous exposer aux dénonciations de ce vil visiteur qui, au moyen de la poudre d'or, ne manquera pas de soustraire le riche débauché aux formalités de son inspection, tandis que le pauvre subira toute la dégradation de son obscène visite.

Cette mesure ne présentera donc aucune garantie, et deviendra dans bien des circonstances le sujet de rixes et de voies de fait, qui amèneront sur les bancs de la police correctionnelle une infinité de jeunes gens qui n'eussent peut-être jamais fait parler d'eux si on ne les avait pas astreints à cette visite. C'est presque toujours dans un état d'ivresse que l'homme se laisse entraîner dans ces cloaques de débauche; dans cette position, moins endurant et plus excitable, on ne supporte que très-difficilement une vexation, et certes, se soumettre à la visite d'un homme démoralisé, qui n'aura au sur-

plus que des connaissances très-imparfaites sur les caractères de la maladie ; c'est bien la plus grande vexation qu'un homme d'honneur puisse endurer. Qu'on ne vienne pas me dire qu'un homme qui entre dans une maison publique, est sans pudeur, cela est faux, j'en appelle aux souvenirs de la jeunesse ; la porte de ces lieux de prostitution n'est franchie qu'avec crainte et répugnance, et tel qui y est entraîné par des désirs effrénés en est sorti avec un épouvantable dégoût; d'ailleurs on peut étaler aux yeux d'une femme un organe qui doit le rapprocher d'elle, mais mettre cet organe sous les yeux, et dans la main d'un visiteur, se soumettre aux mouvemens nécessaires pour remplir le but de la visite, c'est le comble de la démoralisation, c'est un véritable attentat à la pudeur; il suffit de se représenter dans l'imagination le tableau grotesque de cette ignoble visite pour en apprécier l'inconvenance et le ridicule.

Dans les maisons de rendez-vous il y aura, dit-on, une visiteuse pour les femmes qui s'y rendront : cette mesure me paraît plus vexatoire, plus immorale que la première : ici bien certainement cette fonction ne sera exercée que par une prostituée, dont les charmes flétris lui auront mérité une retraite. C'est devant ce juge taré dans l'opinion, méprisé de la société, qu'une vierge peut-être devra se découvrir, se laisser mutiler par l'introduction préalable du *spéculum uteri ;* la douleur ne lui permettra pas même de se plaindre, car ses cris seront pris pour de la rébellion, ses mouvemens pour des voies de fait, et notre visiteuse, encore ici, pourra envoyer en prison une malheureuse, entraînée peut-être par la séduction ou la plus épouvantable misère ; elle devra se prostituer avant d'avoir accordé des faveurs qu'elle pourra encore refuser à son ravisseur, ou à celui qu'elle aura provoqué elle-même à la débauche, pour nourrir un enfant ou un père prêt à expirer d'inanition. Ne voit-on pas chaque jour des hommes quoique emportés par la passion la plus vive, la plus effrénée, ne pas être étrangers à un sentiment généreux, et faire grâce à l'innocence, à la candeur de la victime que l'inexpérience ou la misère a mise à sa disposition ; ne peut-il pas devenir le protecteur d'une fille, d'une femme devenue criminelle par l'empire des circonstances malheureuses! eh bien, cette femme, cette fille entraînée dans une maison de rendez-vous, ne peut-elle pas en sortir vertueuse, et cependant vous l'avez flétrie à ses propres yeux ; en entrant vous l'avez stigmatisée d'un signe réprobateur, vous avez éteint en elle ce sentiment de pudeur qui aurait fait toute sa force contre les agressions de son corrupteur, vous l'avez flétrie même aux yeux de celui qui pouvait encore l'estimer, mais elle est visitée! A quoi sert sa résistance ? vous avez levé le voile, elle est déjà déshonorée ! qu'a-t-elle encore à perdre ? elle s'abandonne, elle succombe, le vice triomphe de la vertu, un premier pas en entraîne souvent un second, et d'une fille qui pouvait rester sage, votre visiteuse en fait bientôt une prostituée, perdue pour la société ; car la femme une fois livrée à la prostitution est obligée de s'y traîner le reste de ses jours. Ici, comme pour le visiteur, l'argent jouera son rôle; une vieille femme publique refuse-t-elle cent sous ? non sans doute. La femme la plus dévergondée, la plus corrompue, la plus infectée, pourra donc échapper à la visite si elle a de l'argent, tandis que la fille séduite, la femme malheureuse, la grisette encore vertueuse, n'y échapperont pas si leurs moyens ne leur permettent pas de corrompre la vieille harpie préposée à cette visite ; de sorte que cette formalité, pas plus que la première, n'offrira de garantie contre la propagation du mal que l'on cherche à éviter, surtout que ces visites devant nécessairement se faire sans témoin, il n'y aura aucun moyen de contrôle, d'autant plus que les visiteuses et les visiteurs seront toujours pris dans une classe de la société qui n'offre aucune garantie d'honneur et de probité. Et cependant ces êtres abjects seront investis d'un pouvoir presque inquisitorial sur toutes les personnes qui leur seront soumises, et qu'ils pourront perdre dans l'opinion, en se plaignant d'une rébellion, suite du dégoût qu'ils doivent inspirer, de la douleur qu'ils auront fait éprouver, ou des manières grossières qu'ils auront employées dans l'exercice de leurs dégoûtantes fonctions.

Mais, me dira-t-on, ces maisons de rendez-vous sont aussi fréquentées par des filles publiques, reconnues par la police ? Pour celles-ci, soumettez-les à toutes les rigueurs des réglemens, mais si la police est bien faite, les visiteuses sont encore inutiles, puisque ces filles doivent toutes être porteuses de carte ou de livret qui atteste leur état sanitaire, comme le veut aussi le 2e mémoire ; il ne s'agit donc à leur entrée dans ces maisons, que de leur faire représenter ces pièces, et si elles sont en règle rien n'exige une seconde visite, si elles ne le sont pas, elles peuvent être arrêtées pour être conduites à la visite de l'homme de l'art, et punies d'après les peines proposées dans les mémoires que nous examinons.

Mais quels moyens employer contre les filles insoumises, contre les débauchées qui se livrent clandestinement à la prostitution, sans se soumettre aux ordres de la police? La chose est plus difficile, surtout si l'on veut s'abstenir de l'arbitraire, dont il faut toujours user le moins possible ; eh bien, dans ce cas, dans l'intérêt des mœurs et des familles, fermer la porte des maisons de rendez-vous à toutes ces femmes qui ne seront pas porteuses d'une carte ou d'un livret, plutôt que de les faire visiter à leur entrée par vos visiteuses, qui du reste comme nous l'avons dit plus haut, n'offriront jamais les résultats qu'on en attend ; on diminuera ainsi le débordement, suite de la séduction, de la faiblesse du sexe et de la misère, sans allarmer la pudeur de personne et sans exposer un être faible aux conséquences de cette visite.

Les hommes, m'objectera-t-on, ont besoin d'être visités si on veut diminuer la contagion chez les femmes; cela est vrai, mais pourquoi cette visite ne serait-elle pas faite par la femme qui va lui vendre ses faveurs ? pourquoi lui substituer un visiteur ? celle-ci n'a-t-elle par un intérêt direct à se préserver, n'a-t-elle pas des moyens pour échapper aux désirs effrénés d'un homme

qui veut employer la force pour assouvir sa brutale passion, sans exposer celui-ci aux conséquences d'une arrestation, suite de sa rébellion envers le visiteur, arrestation toujours humiliante et qui ne peut manquer de faire le malheur de bien des familles.

Le mémoire qui a remporté le 2e prix contient généralement des mesures sages et exécutables, mais il n'est pas moins entaché d'un arbitraire trop en opposition avec nos libertés, pour passer sous silence l'imperfection que nous y remarquons.

« Le bureau, dit-on, (art. XXI) spécialement chargé » de la surveillance des femmes publiques, recevra toute » espèce de dénonciation concernant les prostituées.

» Toutes celles qui seront signalées comme insoumi- » ses, comme nouvelles, ou comme se livrant clandes- » tinement à la prostitution, qu'elles aient été surprises » *ou non* par l'inspecteur *ou autre agent de la police,* » seront *arrêtées* et interrogées par le chef de la po- » lice, qui, après les renseignemens qu'il aura obtenus, » les fera relâcher si les faits a elles imputés sont re- » connus faux, etc., etc. »

Cette arrestation préventive n'est-elle pas le comble de l'arbitraire? Quoi! sur la dénonciation d'un anonime, une fille sera arrêtée, sera conduite au bureau de la police, subira un interrogatoire; et pourquoi, pour avoir peut-être refusé ses faveurs à un homme méprisable qui, pour se venger du mépris qu'il inspire, aura fait une dénonciation à la police, afin d'humilier sa victime, afin de la perdre dans l'opinion. Ces vengeances sont trop communes pour ne pas être à redouter, et pour ne pas fournir chaque jour de nouvelles preuves de toute la barbarie d'un pareil système. Quoi! un agent de police sera libre d'interpréter à sa manière une démarche indiscrète, déplacée; une femme honnête pourra se trouver compromise, être traînée en prison pour avoir eu le malheur d'être mal jugée par un agent de la police qui, de son côté pour exercer une vengeance, pourra abuser de son autorité puisque la prévention suffira pour excuser sa conduite, pour la valider même aux yeux de ses chefs.

Cette fille ou cette femme sera remise en liberté, dit-on, mais elle n'en aura pas moins été arrêtée, une atteinte grave aura été portée à sa réputation et à sa liberté, il suffit qu'une seule erreur puisse se commettre pour faire rejeter cette mesure.

Ne serait-il pas possible de substituer à cette arrestation, une instruction préalable faite avec toutes les précautions nécessaires pour ne point compromettre la personne qui en est l'objet; cela serait beaucoup plus conforme à la justice et garantirait la société contre une arrestation arbitraire, qui peut perdre une malheureuse fille qui n'aura peut-être été que légère. Quant aux autres mesures préservatives, indiquées dans ce mémoire, elles sont toutes d'une application facile et très-rationnelle, et il serait à désirer qu'elles pussent être mises à exécution. Mais un défaut capital qui peut-être reproché aux deux mémoires, c'est que dans l'un comme dans l'autre, les mesures proposées ne doivent émaner que des régences, tandis que pour étendre le bienfait à tout le royaume, pour en faire jouir uniformément toutes les localités, toutes ces mesures devraient émaner d'une loi, d'où découlerait l'autorisation nécessaire pour que les administrations locales pussent modifier les réglemens, suivant les besoins et les ressources des petites villes et des communes. Les concurrens ne se sont occupés que des grandes localités, de Bruxelles particulièrement, et rien n'est fait pour la province. Il est cependant bien important que ces mesures puissent s'étendre jusque dans la plus petite commune, car si la maladie vénérienne rayonne du centre à la circonférence, elle est aussi communiquée de la circonférence au centre. Si on veut l'éteindre, il faut la suivre partout, et pour ce faire, je le répète, il faut une loi générale qui dote le pays de cette institution bienfaisante, et qui légalise l'arbitraire résultat d'un simple arrêté.

En vain invoque-t-on les mesures prescrites pour les cordons sanitaires et l'arbitraire qui en résulte, pour légaliser les mesures non moins arbitraires, proposées contre la syphilis, nous trouvons la chose toute différente: d'abord, les mesures prescrites pour les cordons sanitaires émanent d'une loi qui autorise des réglemens particuliers et locaux; puis s'il est permis d'être barbare dans cette circonstance, il en est bien différent pour la maladie vénérienne que vous pouvez presque toujours éviter, en ne vous livrant pas à la débauche avec des filles de mauvaise vie, tandis que vous ne pouvez pas vous soustraire aux influences délétères qui s'exhalent de la surface d'un individu qui a franchi un cordon sanitaire et qui, par cette infraction à la loi, peut compromettre tout un pays, sans que les habitans puissent se mettre en garde contre le poison dévastateur qu'il aura apporté avec lui; s'il est cruel de tirer, sur un misérable, conduit par la peur, qui fuit un foyer de contagion, mais qui, par l'effet de sa panique, expose toutes les populations voisines, ne serait-il pas ridicule de comparer cette position à celle d'un individu qui se rend volontairement dans une maison publique, ou qui suit une prostituée dans une maison de rendez-vous, où certainement il sait pouvoir s'exposer à une contagion, qu'il n'est pas toujours possible de faire éviter même avec les réglemens les plus sévères.

Charleroy, le 20 octobre 1836.

FROMONT, père.

OPHTHALMOLOGIE.

RÉPLIQUE DE M. le docteur THIRION, à la lettre de M. le docteur CUNIER, relativement à la critique des ouvrages de M. Eble, faite par le premier.

A l'occasion de mes articles analytiques de deux ouvrages de M. Eble, l'ophthalmologiste, je viens de lire dans le numéro d'octobre de ce journal une espèce de diatribe sous forme de lettre, signée F. Cunier, mais



composée aussi par la partie d'une missive de M. Eble, sur le même sujet adressée à M. Cunier.

Cette sorte de production où la bigarrure remplace la réfutation de mes articles critiques, n'aurait pas dû recevoir de réponse, si je n'y eus été accusé d'avoir INJURIÉ ET DÉNIGRÉ M. EBLE !........ parce qu'il est allemand, etc.

Je ne m'attendais pas, je l'avoue, à une attaque de ce genre; et quoique persuadé que je ne pouvais pas avoir injurié un homme que je n'ai pas l'avantage de connaître, ma conviction fut cependant ébranlée par le ton affirmatif de mon contradicteur, abandonné tout entier, comme il le dit, à la puissance d'une obligation que lui impose l'amitié qui le lie à M. Eble. Mais la preuve me disais-je, où est-elle? La voici :

« Poussé par une envie démesurée de dénigrer M. Eble, » il va jusqu'à dire que SON OUVRAGE n'est qu'une com- » pilation, etc. »

M. Broussais dit quelque part dans ses livres : Le nom de l'auteur que je réfute n'est qu'un accident. Je le nomme, et je le dois, afin que l'on connaisse l'ouvrage où est consignée l'erreur que je combats, et qu'un nom imposant ne puisse lui servir d'égide. Je n'attaque ni ses mœurs ni sa probité comme citoyen, ni son caractère d'homme privé; mais, s'il est nécessaire, j'attaque sa probité et son jugement littéraires, parce qu'ils sont du domaine de la critique littéraire. Je me crois en droit de dire qu'un auteur a fait preuve d'un jugement faux dans la question que je traite, qu'il a été citateur infidèle, qu'il a manifesté des prétentions au despotisme littéraire ou scientifique : inculpations qui sont encore du domaine de la critique littéraire, et que l'on ne trouve pas répréhensibles quand elles sont appliquées à un homme mort. Si l'on s'en offense quand il vit encore, c'est uniquement parce que l'on adhère à ses opinions. Mais si l'on y renonçait, on ne trouverait plus rien à dire contre ma critique; tandis que si je l'avais insulté comme homme privé, je serais aussi blâmable pour ceux qui seraient d'un avis différent du sien, que pour ceux qui pensent comme lui, et autant après sa mort que durant sa vie. Mais en attaquant un individu comme auteur, je ne redoute point le jugement de la postérité. Or, c'est ainsi que j'en ai agi avec M. Eble, contre qui personnellement je n'ai jamais eu ni haine ni mauvaise intention.

Parce qu'il est allemand, ajoute-t-on. Nouvelle supposition que je me garderai de qualifier, mais dont l'absurdité saute aux yeux. Le talent, pour moi, a le monde pour patrie : celui qui est savant à Saint-Pétersbourg, l'est également à Paris. Les J. F. Meckel, Tiedemann, Gmelin, Fohman, etc., etc., sont de tous les pays où les sciences médicales sont cultivées comme il convient; et si les productions scientifiques de M. Eble que j'ai analysées eussent mérité d'être placées sur la même ligne que celles des auteurs *allemands* précités, alors l'éloge eut remplacé la critique. Mais en attendant qu'il en soit ainsi, je laisserai marcher mon opinion comme M. Eble laisse marcher la sienne. Je critiquerai ses œuvres ou en ferai l'éloge selon la route que tracera mon jugement; et libre sera à lui de défendre sa cause si elle est bonne, et de prouver mon erreur si elle existe. Voilà par où il devait commencer, au lieu de *hausser les epaules de pitié;* de se défendre en disant que j'ai ravalé le mérite que *toute l'Allemagne* accorde à son ouvrage; et enfin, de citer l'avis confidentiel de M. M.... qui avance que je ne suis pas et que je n'ai jamais été dans une position qui me donne le droit de compétence. Que dira toute l'Allemagne de ce singulier système de défense? Que dira aussi M. M.... dont l'avis que vous transcrivez n'est à mes yeux qu'une véritable condoléance? Que diront enfin les médecins belges qui ne sont pas de votre avis et dont je n'ai besoin ni du nom ni de l'autorité?

« Ce que j'ai avancé (M. Eble), a été admis comme » AXIOME dans tous les manuels d'ophthalmiatrie répan- » dus en Allemagne. » Moi, d'un autre côté, je n'ai pas trouvé que ses ouvrages que j'ai analysés fussent un composé de tous *axiomes;* et sur ma foi, je crois pouvoir avancer sans prétention, qu'en Belgique, on trouvera beaucoup de médecins de mon opinion. A ce sujet, M. Cunier, toujours poussé par l'amitié qui le lie à M. Eble, s'est chargé d'en dévoiler un nouveau; et sans qu'il dise si c'est encore M. M..., il raconte par un passage de lettre de ce médecin « que M. Thirion met trop » d'ardeur à *dénigrer les ouvrages* d'Eble..... et qu'il » est vrai que l'on accorde peut-être trop d'importance » au savoir de nos confrères d'Allemagne. »

« Je n'ai, en vérité, dit encore M. Eble, aucun motif » pour retrancher un seul *iota* de ce que j'ai écrit en » 1828 sur la structure anatomique de la conjonctive; » si ce n'est que j'ai vu depuis lors une injection fort » bien réussie sur l'œil d'un fœtus, où les vaisseaux de » la conjonctive oculaire étaient réellement liés entre » eux et *sans la moindre interruption sur toute la cornée.* » Mais n'oubliez pas qu'il n'est ici question que de l'œil » d'un fœtus de trois mois et nullement de l'œil d'un » adulte chez qui l'âge amène tant de changemens. Je » puis donc, sous ce rapport encore, m'en tenir à ce » que j'ai écrit autrefois; personne, en effet, n'est en » état de démontrer *à l'évidence* l'existence du *feuillet* » *conjonctival* sur la cornée d'un adulte, à l'état normal, » du moins. »

Vous voyez, d'abord, que depuis 1828, M. Eble a vu ce qu'il n'avait pas aperçu antérieurement, c'est-à-dire, des vaisseaux qui marchaient *sans la moindre interruption*, de la conjonctive oculaire sur toute la cornée. Or, ne faut-il pas irrésistiblement en conclure que la puissance visuelle de M. Eble était encore en 1828 susceptible de perfectionnement, et qu'il vient déjà de rétrancher un *iota?* ou bien, s'il s'est servi de son microscope, il faut admettre que cet instrument fait voir parfois certaines choses que l'on n'aperçoit plus en d'autres temps. Telle était l'opinion de l'immortel Bichat sur la difficulté de décider une question par l'observation oculo-microscopique : quand on regarde dans l'obscurité, dit-il, dans son anatomie générale, chacun voit à sa manière et suivant qu'il est affecté. C'est ainsi, ce me semble, qu'il faut s'expliquer la divergence d'ob-

servations microscopiques sur l'existence des glandules crypteuses et mucipares dans l'épaisseur de la conjonctive. M. Strachow en a vu des groupes de 50, 60 et 100, tandis que M. H. Cloquet, qui en vaut bien un autre, n'a rien vu de semblable. Ce dernier anatomiste déclare aussi que la conjonctive n'est pas villeuse, et J.-F. Meckel n'en dit pas mot. Mais M. Eble soutient par théorie ou microscopiquement qu'elle est villeuse ou papillaire; il faut donc bien certainement, comme il le dit, qu'il ait d'autres yeux que les miens, que, pour sa satisfaction, je ferai aussi faibles qu'il voudra ; mais que son *œil microscopique* soit plus fort que celui de MM. Meckel, Cloquet, etc., etc., c'est à quoi il m'est impossible de souscrire, nonobstant la place distinguée qu'occupe son corps papillaire parmi ses *axiomes*.

Relativement aux vaisseaux que M. Eble a vu marcher *sans la moindre interruption* de la conjonctive oculaire sur toute la cornée, il vous recommande de ne pas oublier que cette découverte a été faite sur l'œil d'un fœtus de trois mois, et non sur la conjonctive d'un adulte chez qui l'âge amène tant de changemens. C'est, si je ne me trompe, déclarer implicitement que la conjonctive de la cornée disparaît par l'âge, à la manière de la membrane pupillaire, etc. Mais s'il vous plait, ouvrez le dernier mémoire de M. Ehle, *traduit par MM. Von Kriss et Cunier*, et vous y lirez, à la page 52, « je considère, contre M. Jungken, les ulcères de la cornée comme le résultat de l'inflammation et de l'ulcération du *feuillet de la conjonctive qui revêt la cornée.* » Voilà donc encore, ce me semble, un *iota* perdu, et un *axiome* détruit. Doucement, pas de précipitation, car plus bas, dans la lettre qui nous occupe, M. Eble déclare, « que personne n'est en état de démontrer *à l'évidence*, l'existence du *feuillet conjonctival* sur la cornée d'un adulte, *à l'état normal, du moins.* » Conséquemment, il faudra désormais admettre que la conjonctive de la cornée existe à trois mois chez le fœtus, qu'elle disparaît chez l'adulte à yeux sains, et qu'enfin elle reparaît lorsque cette membrane devient malade ou s'enflamme. Telle est, à mon avis, l'explication du subterfuge de M. Eble; et si le terme dont je me sers remue désagréablement les susceptibilités, alors je confesse bien sincèrement que l'œil microscopique de mon antagoniste, vient de faire une découverte anatomico-physiologico-pathologique qui avait échappé à l'observation des investigateurs du premier ordre, tels que MM. Meckel, Cloquet, etc. etc., bien entendu aussi, qu'en admettant la dernière hypothèse de M. Eble, je veux dire la possibilité de démontrer par l'état anormal le feuillet conjonctival de la cornée, il faudra encore rigoureusement détruire un *iota* et annuler un *axiome;* attendu que vous lirez à la page 53 du premier ouvrage de mon contradicteur (1828), que, « les phénomènes morbides ne doivent pas nous forcer aucunement à l'admission de ce feuillet. » Et à la page 50 du même ouvrage, « que les vaisseaux qu'on y voit sont toujours des produits nouveaux de l'inflammation, n'ayant, avant celle-ci, jamais existé comme tels. » Dans une semblable occurrence, et malgré le désir que j'éprouve de trouver là un *axiome*, je confesse sur mon âme que je n'en rencontre pas. Peut-être que mon incurie dépend de ce que, comme mon confrère a l'obligeance de me le dire « je ne suis pas beaucoup plus avancé en anatomie microscopique et surtout en *anatomie fine,* que tant d'autres qui me ressemblent. » Du reste, comme on ne lira pas sans intérêt, selon la prévision de M. Cunier, la lettre de M. Eble, que l'on décide de la valeur de mon espèce de dilemme; mais que l'on fasse attention que M. Eble ne dit pas que les yeux de son fœtus de trois mois, étaient malades.

« M. Eble, dit M. Cunier, a modifié ses idées pathologiques exposées dans son ouvrage de 1828. Comparez, ajoute-t-il, le § 58 de l'ouvrage sur la structure et les maladies de la conjonctive, etc., et les § 2 et 3 du mémoire. Il ne donne plus ici à la maladie le nom *d'inflammation contagieuse des yeux*, mais il l'appelle : *blépharophthalmie catarrhale des armées*. Il abandonne ainsi la *différence remarquable* qu'il établissait entre l'ophthalmie contagieuse et la catarrhale. »

Je laisse à l'admiration des lecteurs la juste appréciation des nombreux avantages que la science retirera de l'innovation technique : *blépharophthalmie catarrhale des armées.* Cependant, je dois, pour l'intelligence des lecteurs, faire remarquer que l'auteur n'a adopté cette *dénomination importante*, qu'à cause que, « les soldats sont sous une surveillance continuelle, et que les médecins peuvent découvrir chez eux l'ophthalmie dès son début. » (Voyez page 17 du mémoire.)

Mais puisque par elle, M. Eble *abandonne*, dit-on, la *différence remarquable* qu'il établissait entre *l'ophthalmie catarrhale et la contagieuse*, je dois encore prendre la liberté d'examiner. A cette fin, j'ouvre de nouveau le mémoire où M. Eble a *modifié ses idées pathologiques,* et j'y lis à la page 6, au 3° « la conjonctive est le siége de deux ophthalmies, mais la catarrhale ordinaire se fixe dès son principe dans la conjonctive oculaire sur laquelle elle donne facilement naissance à des phlyctènes, tandis que celle dite contagieuse, se borne à son début, et même pendant assez longtemps à la conjonctive palpébrale, etc. » Ensuite à la page 7, au 5° on y lit encore que, « régulièrement, l'ophthalmie catarrhale présente aussi d'autres symptômes de l'affection catarrhale : coryza, douleurs dans les reins, mouvement fébrile, etc. »

Voilà déjà, je pense, une différence *conservée* entre l'ophthalmie catarrhale et la contagieuse, et si elle a été admise comme *axiome* dans tous les manuels d'ophthalmiatrie repandus en Allemagne, il faudra inévitablement que l'on transige, et que l'on décide si cette *vérité démontrée* ne devra pas changer de destination, et être transportée à la page 17 § 3 du susdit mémoire où on lit encore « 3° par rapport à son caractère essentiel et *à son siége*, elle se range (l'ophthalmie contagieuse) sur la même ligne que l'ophthalmie catarrhale, et *a avec elle la plus grande identité de symptômes.* »

Mais, dira-t-on, ce n'est pas là la *différence remarquable et abandonnée* dont parle M. Cunier, il veut probablement vous indiquer la propriété contagieuse que M. Eble n'admettait pas pour la catarrhale..... S'il en est ainsi, alors, veuillez s'il vous plait poursuivre le même 3e de la page 17 et vous y trouverez « que l'ophthalmie contagieuse ne diffère de la catarrhale qu'en » ce que le parenchyme de la conjonctive est plutôt » affecté dans toute sa profondeur, que le corps papillaire est conséquemment développé en totalité ou en » partie, *et qu'elle montre par là une plus forte propension à l'infection et à la propagation à* d'autres » individus. Suivant mon opinion, *la différence qui* » *existe entre ces deux affections* ne provient que de la » particularité des diverses influences malignes qui » *agissent* actuellement sur nos soldats. »

« LA THÉORIE DE M. EBLE N'A QUE DES FAITS POUR BASE. L'ÉVIDENCE EST LA ET FORCE EST DE S'Y RENDRE (1). »

Telles sont les réflexions que m'a suggérée la lettre à double auteur insérée dans le cahier cité de ce journal. Je n'ai répondu qu'à ce qui me concerne, les autres médecins dont les opinions et les écrits y sont également attaqués agiront à leur guise, et décideront s'il est nécessaire ou opportun de répondre. Pour le moment, il demeure vrai que cette singulière missive ou le diasyrme remplace la défense, laisse intactes mes articles critiques des deux ouvrages de M. Eble. J'avoue qu'il est surprenant que le jugement d'un simple médecin *qui n'a pas le droit de compétence*, vienne *ravaler le mérite que toute l'Allemagne accorde à l'ouvrage de M. Eble.* Mais j'avoue aussi que si l'on a la prétention de rendre classiques en Belgique les productions dont s'agit, on doit commencer par prouver que ma critique est erronée ; et alors je saurai prouver à mon tour que le jugement que je porte sur un ouvrage, ne dégénère jamais chez moi en une question d'amour-propre. Tant qu'il n'en est pas ainsi je conserve, à mon avis, un droit fondé de persévérance ; et j'ose prétendre subsidiairement jusqu'à preuve du contraire, qu'avec ce que j'ai laissé à glaner, on peut encore composer un fort bel article critique. Il serait curieux, par exemple, d'examiner comparativement le travail de M. Jungken avec celui de M. Eble, et d'apprécier ensuite jusqu'à quel point est fondée la critique que fit le second, du mémoire du premier. Mais je pense que la science ne gagnerait rien à un semblable travail dans lequel il faudrait le plus souvent remplacer le faux par le vrai, l'hypothèse par les vérités démontrées.

Au milieu de cette diversité d'opinions sur le mérite des ouvrages de MM. Juughen et Eble, il existe, ce me semble, pour ces mêmes productions, une question de naturalisation en Belgique, à l'égard du mémoire de M. Jungken. M. Cunier (2) qui n'a rencontré aucun obstacle dans la marche de sa pensée, a vu dans les assertions que contient cet ouvrage, des conséquences défavorables pour le corps des médecins militaires belges, pour l'instruction duquel ce travail a été imprimé, puis s'est écrié. « Il n'en est pas un d'entre nous, qui ne se » fut retiré depuis longtemps s'il n'avait eu la conscience » de son aptitude à remplir les fonctions qui lui ont » été conférées. » (page VI). Plus bas il ajoute, avec non moins de raison je pense, « continuons nos études » ophthalmologiques, et gardons-nous bien de prendre » encore, comme point de départ, des théories erronées, » et que notre observation dément chaque jour. »

Sur les livres de M. Eble, M. Cunier se montre tolérant, condescendant peut-être, car il nous dit *que l'amitié qui le lie à l'auteur, lui impose une obligation.* Voilà donc une nouvelle preuve de la variété des jugemens des hommes ; et j'aime à répéter en finissant, ce que M. Cunier avance au commencement de sa lettre : « Quel que soit le mal ou le bien que l'on dise d'un ou» vrage, il finira toujours par être apprécié *à sa juste* » *valeur.* »

Namur, le 18 novembre 1836.

E. TRIRION, D.-M.

(1) Lettre de M. Cunier, imprimée en tête du *dernier mémoire* de M. Eble, traduit par MM. Von Kriss et Cunier.

(2) Lettre de M. Cunier à ses camarades, mise en tête du mémoire de M. Eble, traduit par MM. Vonkriss et Cunier.

VARIÉTÉS.

Remèdes secrets. — Condamnation de MM. Giraudeau et Albert.

Au mois de juillet 1836, un jugement de la sixième chambre de police correctionnelle du tribunal de la Seine avait condamné le sieur Giraudeau, dit de Saint-Gervais, à six jours de prison et 300 fr. d'amende, pour avoir annoncé des remèdes secrets (le rob anti-syphilitique et la mixture anti-gonorrhéenne).

Ce jugement, rendu par défaut, a été frappé d'opposition par le sieur Giraudeau, qui a comparu à l'audience du 28 septembre.

M. le président a procédé à l'interrogatoire du prévenu.

D. Quels sont vos noms et prénoms ?

R. Jean Giraudeau de Saint-Gervais.

D. Ce nom de Saint-Gervais est-il bien le vôtre ?

R. C'est le nom de l'endroit où je suis né, et je l'ai pris parce que le nom de Giraudeau est fort commun.

M. le président. Vous n'en avez pas le droit. D'ailleurs, je crois que dans plusieurs annonces vous supprimez votre nom de Giraudeau pour ne plus vous signaler que sous celui du docteur G. de Saint-Gervais.

M. l'avocat du roi. C'est un trait de charlatanisme.

Me Hardy prend la parole dans l'intérêt du prévenu. Il commence par déclarer que M. Giraudeau n'est pas un charlatan ; qu'il faut établir une grande différence entre un docteur en médecine tel que M. Giraudeau et tous ces médicastres qui exploitent la crédulité publique.

Il soutient que les remèdes annoncés par Giraudeau ne sont pas des remèdes secrets.

Il affirme ensuite que la brochure où le ministère pu-

blic a vu des annonces de remèdes secrets, remonte à 1831, époque à laquelle Giraudeau a subi sa dernière condamnation, et que depuis cette époque celui-ci a cessé de publier cette brochure.

Me Hardy termine en donnant lecture d'une lettre écrite à son client par M. Pariset, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine, lettre dans laquelle serait approuvée la méthode employée par Giraudeau pour la guérison des maladies syphilitiques.

M. Lascoux, avocat du roi, se lève pour soutenir la prévention ; après avoir fait le portrait des charlatans qui exploitent la place publique, et du médecin qui spécule sur la crédulité générale, il retrace les antécédens de Giraudeau ; il raconte comment Giraudeau, reçu docteur en 1825, se mit à annoncer l'élixir odontalgique, la pommade ophthalmique, et enfin le rob et la mixture anti-syphilitique; comment il fut prouvé, lors des premières poursuites, en 1829, que Giraudeau avait copié la recette de son rob dans une brochure publiée dès 1821 par le pharmacien Mousselot, et comment Giraudeau a même transplanté dans sa propre brochure plusieurs passages de la brochure de Mousselot.

M. l'avocat du roi fait connaître le rapport, fait en 1829, sur le rob de Giraudeau, par MM. Orfila, Pelletier et Chevalier, rapport duquel il résulte que le rob de Giraudeau est moins actif que les préparations indiquées dans le Codex, et que chaque bouteille de rob, que Giraudeau vend au public 12 fr., lui revient à 24 sous.

M. Lascoux discute la question de droit, et prouve que les remèdes annoncés par Giraudeau sont bien des remèdes secrets.

Il réfute ensuite le moyen de prescription tiré de ce que Giraudeau n'aurait pas annoncé ses remèdes depuis l'époque de sa dernière condamnation à trois jours de prison, en 1831.

« Vous n'avez pas, s'écrie ce magistrat, annoncé votre rob depuis 1831 ! Mais cette allégation, c'est plus que du charlatanisme, c'est de l'impudence, et nous avons en main la preuve de ce que nous articulons. Vous n'avez pas annoncé depuis 1831 ! Depuis 1831, vous n'avez pas publié de brochures! Comment se fait-il donc que, dans la brochure que nous avons sous les yeux, dans laquelle vous annoncez tous vos remèdes et le prix de ces remèdes, comment se fait-il que nous lisions ces mots : « En 1832 et 1833, j'ai visité les hôpitaux d'Edimbourg, de Londres, de Palerme, de Naples... J'ai passé les mois de juillet et d'août en Grèce, dans les îles Ioniennes et à Constantinople... »

» Comment se fait-il que cette brochure, qui selon vous remonte a 1831, mentionne des faits, vrais ou faux, mais dont la date se rapporte à 1832 et 1833? Il est bien évident que ce n'est que postérieurement à 1833 que vous avez annoncé vos remèdes secrets, et que dès-lors nos poursuites sont régulièrement intentées. »

M. l'avocat du roi, répondant à l'argument tiré de la lettre écrite à M. Giraudeau par M. Pariset, dit qu'il s'attendait à ce que la défense du prévenu s'appuierait sur cette lettre ; que dans cette prévision il s'est adressé à M. Pariset pour savoir comment cette lettre devait être interprétée, et que M. Pariset lui a répondu par la lettre suivante, dont il donne lecture, et qui est ainsi conçue :

Le secrétaire perpétuel à M. Lascoux, substitut du procureur du roi.

Paris, le 28 septembre 1836.

« Monsieur, je réponds en peu de paroles aux deux questions que vous me faites l'honneur de m'adresser.

» La lettre de moi, que M. Giraudeau a si souvent publiée, est un acte de simple politesse. C'est un acte qui m'est personnel, et qui est absolument étranger à l'Académie.

» M. Giraudeau m'avait adressé une dissertation : il y traite un point de science qui partage encore aujourd'hui les médecins. En remerciant l'auteur, j'applaudissais à une théorie qui paraît fondée. A l'égard de ses remèdes, comme je ne les connais pas, je n'ai jamais entendu en garantir l'efficacité.

» J'ajoute que si javais su que M. Giraudeau se proposât de publier ma lettre, jamais je ne l'aurais écrite.»

Agréez, etc. F. Pariset.

M. Lascoux termine en disant : Nous demandons une peine sévère contre Girandeau, mais nous désirons que de cette audience il sorte quelque chose de plus qu'une condamnation ; il faut qu'il en sorte un avertissement pour le public; il faut que le public, averti par les débats de cette audience, par le jugement que vous allez rendre, se tienne en garde contre les manœuvres artificieuses d'un charlatanisme effréné et cupide.

Après quelques momens de délibération, le tribunal déboute Giraudeau de son opposition, et maintient le jugement qui le condamne à six jours de prison et 300 francs d'amende.

— M. le docteur Albert Chaumonnot, plus connu sous le nom de *Charles-Albert*, autre célèbre anti-syphilitique, rue Montorgueil, n° 21, se portait opposant à un jugement rendu contre lui par défaut, et qui l'avait condamné à 300 fr. d'amende, pour annonces de remèdes secrets. Tout le monde connaît les affiches du docteur Charles-Albert et ses inappréciables découvertes du *bol d'Arménie* et du *vin de salsepareille*. Aujourd'hui, à l'audience, M. Chaumonnot, qui du reste est bien docteur en médecine, et de plus maître en pharmacie, a dit pour sa défense qu'il n'avait rien inventé du tout; que son bol d'Arménie n'est autre chose que l'*argila rubra* du Codex, remède simple, et son vin de salsepareille qu'une infusion de salsepareille dans du vin, c'est-à-dire qu'un *remède officinal*, que le premier élève fabriquerait aussi bien que lui, et qui se délivre au premier venu dans toutes les pharmacies, à la différence des *remèdes magistraux*. Grâces à ces aveux, qui prouvent un peu tardivement en faveur de la modestie du fameux docteur, le tribunal, tout en confirmant son premier jugement, a réduit de 300 à 200 fr. l'amende prononcée.



Encyclographie

DES

SCIENCES MÉDICALES.

RÉIMPRESSION GÉNÉRALE

DES

OUVRAGES PÉRIODIQUES SUR CES SCIENCES, PUBLIÉS EN FRANCE,

Savoir :

LANCETTE FRANÇAISE, GAZETTE DES HOPITAUX;
GAZETTE MÉDICALE DE PARIS.
JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE, ETC.;
BULLETIN CLINIQUE;
JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICALES;
JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES;
REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE;
ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE;
ARCHIVES HOMOEOPATHIQUES;
ANNALES D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE MÉDECINE LÉGALE;
BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE ET CHIRURGICALE;
ANNALES DE CHIMIE ET DE PHYSIQUE;
JOURNAL DE PHARMACIE ET DES SCIENCES ACCESSOIRES;

BRUXELLES,
ÉTABLISSEMENT ENCYCLOGRAPHIQUE, FAUBOURG DE FLANDRE.

1836.

LA LANCETTE FRANÇAISE,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

OCTOBRE 1836.

N° 117. — 1er Oct.

HOTEL-DIEU.

Observation d'abcès du cervelet, communiquée à l'Académie de médecine le 27 septembre 1836; par M. Bouvier, agrégé, médecin des hôpitaux.

Le nommé Ancoignard, âgé de 15 ans, avait depuis longtemps un écoulement d'oreille, accompagné de surdité et de maux de tête fréquens. Il fut pris tout à coup de douleurs plus violentes dans le côté gauche de la tête, de vomissemens et de trouble de l'intelligence, et présenta dès ce moment des symptômes si caractéristiques, qu'un médecin que l'on consulta, le déclara atteint d'un dépôt dans la tête et voué à une mort à peu près certaine.

Ce jeune homme entra à l'Hôtel-Dieu le 15 septembre, trois semaines après l'invasion des nouveaux accidens auxquels il était en proie.

Il était dans l'état suivant : Douleur de tête fixe, qui par momens arrache au malade des cris plaintifs; sensibilité d'ailleurs obtuse; réponses lentes, somnolence; face pâle, traits affaissés, regard morne et hébété; écoulement purulent abondant par l'oreille gauche; surdité de ce côté; pouls un peu ralenti; vomissemens; constipation. Les mouvemens des membres étaient conservés: on remarquait seulement une paralysie incomplète de la paupière supérieure du côté gauche.

Ces symptômes persistèrent les jours suivans sans s'aggraver notablement, et la vie du malade semblait pouvoir se prolonger quelque temps encore, lorque, le 23 septembre, après quelques vomissemens accompagnés d'une grande agitation et des cris aigus, il tomba subitement dans un affaissement complet; la respiration devint embarrassée, et ce jeune homme succomba huit jours après son entrée à l'hôpital, avec des symptômes d'asphyxie.

On trouva, à l'autopsie, ainsi qu'on l'avait diagnostiqué pendant la vie, une carie du rocher et un abcès dans l'intérieur du crâne. Mais ce qu'il y a de remarquable, c'est que cet abcès occupait l'hémisphère gauche du cervelet, quoique rien n'eût pu faire soupçonner la lésion de cet organe. On voit sur la pièce un vaste foyer, qui a envahi les deux tiers externes du lobe gauche du cervelet, et qui contenait, dans l'état frais, plusieurs cuillerées d'un pus assez semblable à celui du phlegmon. La substance qui en forme les parois est ramollie et d'une teinte livide. Le conduit auditif est rempli de végétations rougeâtres.

La carie occupe la base du rocher seulement: le labyrinthe et le nerf auditif sont intacts. Il n'existe point de communication visible entre l'abcès intérieur et le foyer qui répond à la carie. Seulement l'altération de l'os s'étend jusqu'à la dure-mère, dans deux points très-circonscrits des faces supérieure et postérieure du rocher. La dure-mère est, vis-à-vis de ces points, le siége d'une coloration foncée, qui s'étend à sa face interne dans le lieu qui se trouvait en contact avec le cervelet.

Les ventricules cérébraux étaient, en outre, considérablement distendus par une sérosité limpide, et la piemère présentait une injection prononcée sous la partie antérieure des lobes cérébraux, principalement à gauche.

Deux circonstances donnent de l'intérêt à ce fait. La première est la séparation presque complète établie par la dure-mère à peine altérée entre deux lésions, dont l'une a dû être l'effet de l'autre, de manière qu'il est difficile d'expliquer par la seule continuité des tissus la transmission de l'affection de l'oreille au cervelet.

La seconde est l'absence de tous les symptômes regardés depuis peu comme un effet des lésions du cervelet, tels que l'exaltation de la sensibilité générale, la perte des mouvemens d'équilibre, l'excitation des organes génitaux. Cette particularité serait-elle due à ce que cette affection s'est développée lentement, ou à ce qu'elle ne s'étendait pas assez loin du côté de la moelle allongée?

HOPITAL MILITAIRE DE VERSAILLES.

Service des blessés. — M. Rambaud, chirurgien aide-major.

Forte contusion à la tête; accident grave; emploi du tartre stibié à haute dose; guérison.

Vingt-quatre ans, brun, constitution athlétique, un fusilier au 2e de ligne, passait le 25 juin dans l'une des rues de Versailles; un moellon de la grosseur d'une

marmite (au dire de ses camarades), détaché d'une cheminée en réparation, lui tombe sur la tête, brise son shako, qui s'enfonce jusque sur les épaules. Il est emporté sans connaissance et sans mouvement. Le chirurgien du corps arrivé auprès de lui après dix minutes, pratique une saignée du bras à la suite de laquelle il reprend un peu de connaissance; il le fait transporter à l'hôpital. Arrivé à midi et demi, une heure après l'accident, M. Rambaud est appelé et le trouve dans l'état suivant :

Pâleur générale, flaccidité du corps, froid sans frissons, pupilles très-dilatées et insensibles à l'action de la lumière; vomissemens abondans d'alimens à demi digérés provenant de son repas du matin; pouls faible, déprimé et d'une lenteur remarquable; hébétude, quoiqu'il réponde assez juste et par monosyllabes aux questions qu'on lui adresse.

Une large ecchymose occupe tout le sinciput et laisse percevoir au toucher une fluctuation tellement profonde, qu'on croirait presque à l'enfoncement de la voûte du crâne et à la mobilité des fragmens, si une pression assez forte sur la tumeur n'eût pas rectifié cette partie du diagnostic en n'augmentant en rien les accidens.

M. Rambaud fait raser la tête, il fend la tumeur dans toute son étendue antéro-postérieure, dans le double but de faciliter les moyens d'exploration et d'obtenir une émission sanguine locale. En effet, en même temps que cette incision de 4 pouces d'étendue donnait issue au sang demi-coagulé contenu dans la tumeur, la branche postérieure de la temporale, qui avait été coupée transversalement à la partie moyenne et supérieure de la tête, fournit abondamment un écoulement de sang artériel, qu'on laissa librement sortir jusqu'à fournir deux litres environ. Le doigt, promené sur la surface osseuse mise à découvert, ne perçoit aucune fissure ni aucune mobilité de la voûte crânienne.

Le malade est enveloppé de couvertures chaudes; synapismes aux pieds; glace sur la tête après la cessation de l'hémorrhagie. Dix gr. d'émétique dans quatre onces d'eau, à prendre par cuillerées à bouche toutes les heures; limonade pour boisson.

A huit heures et demie du soir, chaleur douce et coloration rosée de la peau; pouls relevé mais souple et peu fréquent; idées plus libres, moins de somnolence; un seul vomissement a suivi presque immédiatement la première cuillerée de potion, qui, à cette heure, est achevée. Limonade seulement pour la nuit, et continuation de la glace sur la tête.

26 au matin. Urines claires et abondantes pendant la nuit; pouls souple, à 75 pulsations; peau légèrement halitueuse; encore un peu de somnolence. Limonade; 12 grains d'émétique dans 8 onces d'infusion de feuilles d'oranger; glace sur la tête.

27. La journée a été bonne; sommeil la nuit; pas de vomissement, urines encore abondantes, mais il y a encore de l'étonnement dans le regard; pouls vif et un peu dur; sensation douloureuse dans le col et les épaules. Même prescription, à laquelle on ajoute une saignée de 12 onces.

28. Pouls souple et normal; une garde-robe dans la nuit, plutôt molle que liquide; toujours point de vomissemens; encore des urines; sentiment de courbature générale. Mêmes moyens; 10 grains d'émétique; deux lavemens émolliens.

29. Huit grains d'émétique; soupe grasse qui, malgré l'emploi simultané du tartre stibié, a parfaitement digéré.

30. M. Rambaud cesse toute médication. L'alimentation est progressivement augmentée; au bout de dix jours la plaie du cuir chevelu est presque cicatrisée; il ne reste au malade qu'une raideur douloureuse du col et des épaules, qui motive son envoi en congé de convalescence pour trois mois.

Cette observation est remarquable :

1° Par la rapidité avec laquelle des accidens graves ont cédé à une médication active et puissante.

2° Par la tolérance de la part de l'estomac d'une dose déjà assez notable de tartre stibié (52 grains en cinq jours).

3° Par l'action homœopathique du médicament, faisant cesser presque immédiatement les vomissemens symptômatiques.

4° Par sa complète innocuité sur les voies digestives. Nous attirerons aussi l'attention des praticiens sur l'effet salutaire de l'emploi simultané de ce moyen, si mal à propos nommé perturbateur, et de l'émission sanguine locale.

Nous signalerons aussi la manière dont cette émission sanguine a été obtenue. L'incision de l'ecchymose satisfait en même temps à une nécessité non moins pressante, l'exploration des parties.

— L'observation qui précède est sans doute intéressante sous plusieurs rapports. Il est évident d'abord qu'une cause d'une grande puissance n'a produit chez le sujet dont il s'agit, qu'une simple commotion encéphalique de peu d'importance. Une heure après, en effet, le blessé avait repris connaissance, grâce à la présence protectrice du shako et à la direction verticale du corps fériteur. Quant à l'hématocèle sincipitale que le blessé présentait, elle n'est remarquable que sous le rapport de la pratique suivie par M. Rambaud. C'est une grande question que de décider si les tumeurs en question doivent être fendues de prime-abord, et s'assurer en même temps de l'état de la boîte crânienne, ainsi que M. Rambaud vient de le faire, ou bien s'il n'y aurait pas de l'avantage d'abandonner le tout à la nature, et de se contenter d'un traitement médical bien entendu, comme celui de l'observation en question par exemple.

Notre opinion n'est nullement douteuse à cet égard; nous pensons avec Dupuytren que toutes les fois que la contusion n'est pas accompagnée de symptômes de compression grave, l'incision subite des tégumens crâniens est non-seulement inutile, mais même très-dangereuse quelquefois. Encore dans le cas de compression, l'incision n'est-elle pas toujours indiquée. Tout le monde sait en effet que lorsque Dupuytren traita le premier des banquiers des deux continens, M. R..., d'un enfonce-

ment de la voûte frontale droite, malgré la coexistence des symptômes de commotion et de compression encéphaliques, il se contenta du seul traitement médical et le malade guérit parfaitement.

La saignée locale que M. Rambaud a eu en vue dans le cas ci-dessus, est sans doute d'un grand avantage, et nous l'approuvons fort; mais cet avantage ne peut-il pas être obtenu autrement sans s'exposer aux inconvéniens d'une plaie considérable des enveloppes crâniennes? Nous le pensons; nous adoptons pourtant la pratique de M. Rambaud pour les cas où il y a déjà une plaie accidentelle qui exige un débridement. Dans le reste, le traitement exposé dans l'observation en question est un bon modèle à suivre. (*Note du Réd.*)

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

Blessures par une baguette de fusil. Cas curieux.

Dans la petite guerre de dimanche, 25 septembre, un garde national chargeant son fusil, laisse dedans la baguette par mégarde, le fusil prend feu, et la baguette va s'implanter dans la région dorsale d'un officier de la garde nationale, nommé Carrassi, âgé de vingt ans, plein de force, architecte.

La baguette est entrée de haut en bas, de dehors en dedans et de gauche à droite, vers la cinquième ou la sixième vertèbre dorsale, entre les bords de la colonne vertébrale et du tiers inférieur de l'omoplate. D'après la longueur qu'on lui suppose, on présume qu'elle est entrée de 6 à 8 pouces; et à moins qu'elle ne fût déviée, elle a dû pénétrer nécessairement dans la poitrine.

La moelle ne paraît point intéressée; car, excepté la fièvre, il n'y a pas d'autres symptômes généraux. Quatre médecins ont été appelés dans le lieu de l'accident; ils ont fait des tentatives très-violentes, à tort certainement, pour retirer la baguette, mais en vain. A l'hôpital on fait de la médecine expectante, bien que M. Charrière ait proposé d'avoir recours à une machine de son invention; on attend tout de la suppuration.

Nous avons vu encore ce matin, 28 septembre, le malade; nous l'avons trouvé comme hier, mais le mouvement fébrile est plus prononcé et la figure très-animée; il n'accuse que de la faiblesse.

Cet infortuné jeune homme a succombé le 29 septembre.

Autopsie faite 36 heures après la mort.

A cause de l'humidité de l'atmosphère, la décomposition était très-avancée. La baguette avait passé en dedans du bord vertébral de l'omoplate, obliquement dans la gouttière, perforé la base de l'apophyse transverse gauche de la cinquième vertèbre, et en passant à demi-ligne en avant du canal vertébral, avait pénétré dans le médiastin postérieur en glissant sur le ventricule droit, sans intéresser le péricarde; était arrivée dans la cavité droite de la poitrine, en entrant dans la partie antérieure et interne du poumon droit, ainsi que dans le cartilage de la troisième côte correspondante, qu'elle avait percé comme un emporte-pièce, et s'était arrêtée sur la couche musculaire. Elle était ainsi à sept à huit pouces de profondeur.

On trouve un épanchement séro-sanguin dans la plèvre du côté droit. La perforation du poumon était large de manière qu'on pouvait y introduire le doigt; déchirure de plusieurs bronches; pneumonie et engorgement sanguin de la base du poumon droit; quelques traces d'anciennes adhérences.

Le malade, par conséquent, a succombé à une hémorrhagie pulmonaire. Tout autour de la baguette, dans le poumon, on observe un vide, un élargissement formé par l'ulcération, produite elle-même par la présence d'un corps étranger irritant.

M. Velpeau faisait remarquer que le fer servait d'obturateur des vaisseaux divisés; mais on aurait pu lui objecter que dans les mouvemens d'expansion pulmonaire, ce corps devait rester immobile. Tout cela est de la théorie. Ce qu'il y a de remarquable dans cette curieuse blessure, unique peut-être dans les fastes de la chirurgie, c'est l'absence totale de symptômes qui indiquassent la lésion des voies respiratoires, c'est ce hazard singulier qui guida la baguette, sans les offenser le moins du monde, à travers tant d'organes importans, tels que la moelle épinière, le cœur, les gros vaisseaux. On ne fit pas usage de la machine de M. Charrière, dont le mécanisme est analogue à celui d'un tire-bouchon anglais (1). Le doyen de l'expérience chirurgicale militaire était d'avis de ne pas y toucher. On l'essaya sur le cadavre, et la baguette céda aux attrac-

---

(1) Voici la description de cet instrument; il se compose :

1° D'une plaque de tôle emboutie, rembourrée, percée à son centre, et s'adaptant sur l'omoplate;

2° D'un tube de 6 pouces à parois assez solides;

3° D'une rondelle appliquée à la partie inférieure pour prendre point d'appui sur la plaque;

4° D'une traverse au centre de la longueur du tube; à l'extrémité de celui-ci, existent 5 ou 6 filets de vis intérieure, sur laquelle se monte une vis creuse munie d'un T de grandeur à opérer une traction. On fait engager dans ces trois pièces la baguette dont on fixe le bout contre le T de la vis par une pince, un écrou brisé ou même par une virolle, avec une vis de pression, en ayant le soin de maintenir la traverse du tube pour l'empêcher de tourner. Pour opérer la traction en ligne directe ou inclinée, on n'a plus qu'à dérouler la vis à gauche, ce qui fait allonger l'instrument graduellement, avec autant de lenteur, de modération et de force que l'on voudra. M. Charrière a confectionné cette pièce d'après le mode qu'il a proposé pour ouvrir de force et sans secousse les brise-pierre dans lesquels il pourrait s'engager des détritus.

Nota. M. Leroy d'Etiolle, en parlant à M. Charrière de cet accident, lui a communiqué les idées qu'il avait de son côté pour en faire l'extraction.



tions opérées par la machine, sans efforts et sans secousses. Cela pourrait-il faire regretter qu'elle n'ait pu être employée au début de l'accident?

Les tentatives inutiles que les médecins appelés dans le lieu de ce déplorable événement firent pour extraire la baguette; ne tiendraient-elles pas à ce que ce corps pénétrant dans les tissus fait l'office d'une vis par suite d'un mouvement de rotation?

On connaît aussi les cas cités par M. le baron Larrey (Clin. chir.; t. Ier, p. 262), et surtout celui si remarquable d'une baguette de fusil qui traversa la base du crâne de part en part. LAZARUS

n° 118. — 4 OCT.

PATHOLOGIE INTERNE.

Cours de M. ANDRAL.

Leçons sur les maladies des centres nerveux; recueillies par M. MALHERBE.

De la chorée.

On appelle ainsi une maladie vulgairement nommée danse de Saint-Guy, du nom du saint qui en délivrait ceux qui en étaient atteints, ou du nom d'une chapelle près d'Ulm, en Souabe, dédiée à Saint-Weit, où venaient se faire guérir, par l'intervention du saint, les malades de cette contrée dans laquelle la chorée règne d'une manière endémique.

Cette affection consiste en des mouvemens continuels, désordonnés, involontaires; irrésistibles, et cet état se prolonge assez long temps, ce qui n'a pas lieu dans les convulsions, dans le tétanos, dans l'épilepsie, maladies dans lesquelles les mouvemens sont de courte durée.

Dans la chorée les désordres portent spécialement sur la motilité, et les cas qui offrent des troubles du côté de l'intelligence doivent être regardés comme exceptionnels.

Siége. On le place dans les centres nerveux, mais dans quelle partie de ces centres? Ici viennent les théories: les uns veulent qu'il soit dans cette partie de l'encéphale, qui préside à la coordination des mouvemens, dans le cervelet; d'autres lui font envahir les parties blanches centrales seulement; d'autres enfin le mettent dans la moelle épinière, et parmi ces derniers, il en est qui ne lui reconnaissent d'autre champ que celui qui peut lui être offert par la partie antérieure de la moelle rachidienne; conséquence de cette opinion qui fait servir au mouvement les nerfs émanés de cette même portion antérieure, ceux provenant de la portion postérieure étant réservés au sentiment qui demeure étranger à la maladie.

En définitive, on ne peut affirmer autre chose, sinon que la chorée a son siége dans les centres nerveux.

Après s'être évertué à assigner un siége à la chorée, on a voulu savoir quelles lésions, quelles altérations organiques la produiraient. Ici, il n'est pas indifférent de faire observer que l'anatomie pathologique a fait ses recherches sur des individus choréiques, mais dont la mort était due à une autre cause qu'à la chorée, car celle-ci n'entraîne pas ou presque jamais la perte des sujets.

Quoi qu'il en soit, qu'a t-on trouvé sur le cadavre? Les membranes ou enveloppes des centres nerveux infiltrées de sérosité, injectées de sang; on a constaté encore des ramollissemens, des tubercules, des hypertrophies, etc. Mais ces désordres peuvent déterminer mille autres phénomènes que ceux de la chorée; donc ils ne sont pas des causes constantes de cette affection; mais ces états morbides ont été rencontrés dans tous les points des centres nerveux; leur siége n'est donc pas mieux déterminé que leur nature, ils n'ont donc pas de valeur positive dans le cas qui nous occupe.

M. Serres a recueilli quatre observations dans lesquelles les lésions se sont montrées identiques, non sous le rapport de leur nature, mais relativement à leur siége qui était dans les tubercules quadrijumeaux.

D'autres observateurs ont été bien moins heureux dans leurs recherches: ainsi, chez les choréiques dont il a fait l'autopsie, M. Rufz n'a pu arriver à trouver ces tubercules altérés. M. Rostan a ouvert une femme de 50 ans, choréique depuis long temps, et n'a rien rencontré.

Concluons donc que dans l'état actuel de la science, les lésions auxquelles se rattachent la chorée sont inconnues. Ces lésions peuvent d'ailleurs être de simples coïncidences, de pures complications; elles peuvent même ne pas exister, puisque, malgré l'investigation la plus attentive, la plus minutieuse, on n'a, dans bien des cas, découvert aucune trace d'altération.

C'est donc par l'observation des symptômes que nous arrivons à faire de la chorée une maladie des centres nerveux, une névrose.

Causes. Comme toutes les autres névroses, celle que nous étudions peut se développer sans cause connue. D'autres fois, elle se montre sous l'influence de quelques circonstances qu'il est possible de saisir, d'apprécier.

Si l'on s'adresse au monde extérieur, qu'on lui demande le nombre des causes qu'il fournit à la chorée, il répondra par une récapitulation bien courte. À peine trouve-t-on quelques cas de chorée résultant de violences extérieures portant directement sur le système encéphalique; on n'en a cité que deux exemples.

Le climat, l'état de l'air atmosphérique, n'ont guère plus d'influence sur la production de cette affection. Cependant on la remarque peut-être plus souvent dans les temps de chaleur.

Le cadre des causes provenant de l'intérieur est au contraire assez étendu; ainsi toutes les altérations du système nerveux central peuvent être admises comme occasionnant la chorée; toutefois, faut il qu'il y ait prédisposition.

Les modifications nombreuses et variées dont le cerveau est susceptible, sous le rapport du moral, la déter-



minent fréquemment. C'est ainsi que la frayeur surtout, et principalement chez les enfans, que la colère, que les chagrins, les passions et toutes les perturbations morales plus ou moins vives, plus ou moins subites, la font éclater.

M. Andral a vu un homme de quarante-quatre ans être pris de chorée par suite de la frayeur qu'il éprouva en voyant les alliés sur le sol français.

Certaines maladies nerveuses, telles que l'hystérie, l'épilepsie et autres, ont paru chez certains individus être pour quelque chose dans la production de cette névrose. L'irritation peut aussi lui donner lieu, dit-on. M. Andral pense que cela est bien moins facile que pour les convulsions.

Dans tous ces cas, la cause a agi primitivement sur le cerveau; mais il arrive, comme on l'a observé quelquefois, que des blessures plus ou moins éloignées des centres nerveux font naître la chorée. Certaines inflammations vives en deviennent encore parfois les causes. On a voulu aussi l'attribuer à la présence des vers, ce qui demande à être examiné; car ne se pourrait-il pas qu'il n'y eût que simple coïncidence? Ne voit on pas d'ailleurs des enfans vermineux sans que pour cela ils soient atteints de cette maladie, et *vice versâ ?*

Quoi qu'il en soit, il semble que la chorée surgisse le plus souvent par suite d'une excitation cérébrale; mais l'épuisement de l'économie provoque aussi et assez fréquemment son apparition. C'est ce que l'on peut observer dans les convalescences de longues maladies, chez les enfans qu'on a trop débilités par des saignées trop copieuses, par une diète trop sévère; chez les sujets qui ont la honteuse et funeste habitude de l'onanisme.

On conçoit en effet combien de pareilles circonstances sont propres à agir sur le système nerveux, à affaiblir, à épuiser l'innervation. On ne saurait nier que par contre un état pléthorique ne puisse devenir une cause de chorée, mais c'est toujours preuve que de cet état résulte une perturbation quelconque de l'action nerveuse, parce que là encore est ce quelque chose, agent inconnu, auquel se lient les phénomènes, les troubles qui décèlent l'affection dont il est ici question.

La suppression des règles a aussi été rangée parmi les causes de la chorée; mais on la fait intervenir dans un si grand nombre d'affections, que peut-être doit-on y regarder à deux fois avant de l'accuser.

Si nous examinons quel rôle jouent dans la production de cette névrose les tempéramens, les constitutions, nous voyons que les enfans qui en sont le plus généralement atteints sont pâles, bouffis, scrofuleux, rachitiques, irascibles, capricieux, etc.

L'hérédité doit-elle prendre place parmi les causes de la chorée? Quelques auteurs le pensent, et leur opinion sur ce point ne paraît pas, à M. Andral, reposer sur des preuves assez bien établies.

Quant au sexe, on a remarqué, et M. Rufz surtout, a démontré que le féminin est plus disposé que le masculin à contracter cette maladie.

L'âge où elle se montre le plus souvent est entre 6 et 15 ans en France. Dans d'autres pays, c'est entre 9 et 14 ans (J. Franck). Très-rare chez les sujets au-dessous de 6 ans, la chorée va en diminuant chez ceux qui ont dépassé leur quinzième année, se montre de moins en moins commune. C'est donc une maladie de l'enfance, bien que cependant on en ait vu quelques exemples chez des personnes d'un âge avancé (50 et même 70 ans).

N° 119. — 6 Oct.

HOPITAL DE LA PITIÉ.

M. Lisfranc.

Considérations médico-chirurgicales sur les ulcères simples, dits atoniques; anatomie pathologique de ces ulcères. (Leçon recueillie par M. Forget, interne.)

Les auteurs ont appelé ulcère atonique la solution de continuité entretenue ou déterminée par l'atonie des tissus sur lesquels elle siége.

Pour justifier cette manière de voir, on a fait observer que l'ulcère occupe le plus ordinairement les membres inférieurs, qui, plus éloignés de l'organe central de la circulation, offrent les conditions les plus favorables à son développement. On a surtout rappelé que sept fois sur dix il siége sur le membre abdominal gauche. On a expliqué ce fait en avançant que le côté gauche du corps était plus faible que le côté droit.

Je n'adopte pas ces idées, dit le professeur, car en admettant que cette prétendue atonie des membres inférieurs présidât au développement des ulcères, pourquoi ne siégeraient-ils pas de préférence sur le pied et même sur les orteils, qui sont encore plus éloignés du cœur que la jambe.

Il y a donc une autre explication à donner. Lorsque je pris le service chirurgical de la Pitié, cet hôpital n'était pas, comme aujourd'hui, un de ceux où l'on voit le plus de grande chirurgie; on n'y rencontrait alors, pour ainsi dire, que des ulcères. Il me fut facile de bien les observer. Je commençai mes recherches avec d'autant plus de zèle que j'avais la conviction que l'histoire de cette maladie était incomplète, et que la connaissance de sa nature pouvait éclairer la thérapeutique, que j'avais vu échouer si souvent.

Comme tous les auteurs, je constatai la plus grande fréquence des ulcères sur la jambe gauche; mais, de plus, je fis les remarques suivantes:

Beaucoup d'individus qui en présentaient de ce côté étaient gauchers. Chez eux les ulcères étaient plus fréquens à gauche qu'à droite. Je les y observai aussi souvent que sur les individus droitiers.

Or, comme les gauchers agissent davantage avec les membres du côté gauche, ceux-ci acquièrent une prédominance de force et de développement sur les membres du côté droit.

Ce n'était donc pas l'atonie du côté gauche qui devait déterminer plus fréquemment l'ulcère, puisqu'il était doué de plus de force que le droit.

Si vous lisez ensuite tout ce que les pathologistes ont écrit sur le développement spontané de la maladie qui nous occupe, vous observerez que son invasion est souvent signalée par les symptômes d'une phlegmasie locale. En effet, elle commence par de la rougeur, de l'augmentation de chaleur; l'épiderme, soulevé et distendu par de la sérosité, forme une phlyctène qui se déchire et laisse écouler un liquide de couleur roussâtre. L'ulcère formé marche plus ou moins lentement, et offre le plus souvent de l'inflammation sur ses bords, qui sont tendus, durs, rouges et douloureux.

Si ces caractères, tracés par ceux-là même qui ont admis l'atonie des tissus ne suffisent pas pour démontrer l'opposition qui existe entre la nature assignée à la maladie et les symptômes qui annoncent et accompagnent sa formation, le traitement prescrit par les mêmes pathologistes, et qui consiste dans l'usage des cataplasmes émolliens achèvera de vous convaincre.

Pour moi, je regarde l'ulcère simple, dit atonique, comme le produit d'une inflammation gangréneuse *suî generis*, produit dû à la lenteur et à la difficulté de la circulation veineuse; et vous allez voir que les preuves que je donne à l'appui de mon opinion ne ressemblent en rien à ces vagues théories reposant sur des brouillards, et que les philosophes du dix-huitième siècle ont eu tant de raison de frapper du sceau du ridicule.

On a admis de tout temps des ulcères variqueux produits par la lenteur de la circulation; le sang stagne dans les veines dilatées et détermine une irritation et une inflammation ordinairement légère, suivie d'ulcérations gangréneuses; la même cause qui, dans sa plus grande énergie, produit les varices et leurs conséquences, peut, en agissant plus faiblement, favoriser la formation de l'ulcère simple.

Lorsque, par exemple, la veine crurale est ouverte à sa partie supérieure, et que la compression établie pour arrêter l'hémorrhagie empêche la circulation dans la partie du vaisseau située au-dessous de la blessure, qu'arrive-t-il? Quoique la circulation artérielle continue, la stase du sang veineux engorge et tuméfie le membre, une douleur d'engourdissement s'y manifeste, la caloricité augmente, la gangrène survient.

M. Gensoul, en liant l'artère crurale, en diminuant ainsi singulièrement la quantité de sang que doit recevoir le membre, facilite la circulation veineuse, empêche pour ainsi dire complètement la stase des liquides, et obtient par sa méthode les plus heureux résultats. Cette méthode de M. Gensoul, publiée postérieurement à nos idées sur les ulcères, devient, comme on le voit, une preuve nouvelle en faveur de nos opinions.

Dans les solutions de continuité des jambes, les chirurgiens conseillent de maintenir le membre élevé; on emploie encore des bandages roulés et des bandelettes agglutinatives, moyens qui facilitent aussi la circulation, et produisent des effets très-avantageux sur les ulcères.

Nous allons exposer d'autres preuves à l'appui de notre manière de voir; elles démontreront encore que la lenteur et la stase de la circulation du sang produisent les ulcères.

Si nous recherchons pourquoi ils occupent plus fréquemment les membres inférieurs et plus particulièrement la jambe gauche, pourquoi ils siégent presque constamment sur sa face interne entre la partie inférieure du mollet et la malléole, nous voyons qu'à moins d'une transposition de viscères, c'est à gauche que la terminaison du canal intestinal où les matières stercorales s'accumulent souvent, passe sur la veine iliaque: cette même veine iliaque gauche est recouverte par les deux artères iliaques primitives qui ne portent nullement sur celle du côté droit. (*V.* le beau travail de M. Serres sur le croisement des vaisseaux.)

Le sang en circulation dans ces deux artères d'un ordre supérieur est mu par une force d'impulsion très-grande et capable de faire jusqu'à un certain point obstacle au cours du sang qui remonte dans la veine iliaque contre les lois de la pesanteur.

M. Serres a démontré l'absence de valvules dans toute la portion de la veine saphène comprise entre le mollet et la malléole interne.

Il nous reste à fournir une dernière preuve, tirée de la thérapeutique.

Comme tous les praticiens, j'avais souvent rencontré des ulcères dits atoniques, dont la largeur et la profondeur ou la rupture extraordinairement fréquente de larges et profondes cicatrices exigeaient l'amputation du membre. Je me demandai si, d'après les faits que je viens d'émettre, on ne pourrait, pas guérir radicalement ces ulcères en pratiquant la résection de la veine saphène par un procédé que nous exposerons plus tard: cette idée me souriait d'autant plus que l'opération faite sur le vaisseau est moins dangereuse que l'amputation même, et que, comme cette dernière, elle ne prive pas le malade d'un membre.

Nous pratiquâmes cette opération avec succès. Dernièrement, vous avez tous vu couché au n° 24 de la salle Saint-Louis, un homme de 50 ans, qui, en 1827, subit cette résection dont il porte des traces indélébiles pour un vaste ulcère atonique siégeant sur la face interne de la jambe gauche: cet homme, commissionnaire en vins, forcé de se livrer à de marches longues et pénibles, est parfaitement guéri, et sa maladie, qui pendant plusieurs années avant l'opération récidivait très-fréquemment, n'a pas reparu depuis neuf ans que nous avons pratiqué cette résection.

Nous exposerons plus tard que la guérison s'obtient dans ce cas par l'oblitération des veines superficielles, et qu'ainsi le sang forcé de refluer dans les veines profondes, ne stagne plus dans le tissu cellulaire sous-cutané et dans la peau.

Tels sont les argumens anatomiques, physiologiques et thérapeutiques qui rendent très-bien compte d'un fait que la faculté de médecine de Paris avait expliqué par de futiles et ridicules hypothèses, auxquelles elle consacre encore d'ailleurs toutes ses affections.

Mais j'ai avancé que l'ulcère simple dit atonique qui se développait ou qui faisait des progrès était du à une inflammation gangréneuse *suî generis;* j'espère vous le prouver dans la prochaine leçon.

PATHOLOGIE INTERNE.

Cours de M. Andral.

Leçons sur les maladies des centres nerveux ; recueillies par M. Malherbe.

De la chorée

(Suite du numéro précédent.)

Symptômes. Avoir défini la névrose dont il s'agit ici, c'est déjà avoir signalé à peu près ses phénomènes, ses symptômes caractéristiques. Cependant, vu les formes variées dont elle est susceptible, et d'où suit l'impossibilité de la décrire d'une manière générale, nous devons nous arrêter un peu sur les troubles qui la font reconnaître.

Et d'abord la chorée est générale ou partielle : ce dernier cas est le plus commun. Il n'est pas besoin de dire que dans le premier cas tous les muscles, ceux du moins soumis à l'empire de la volonté, sont intéressés, affectés ; que les mouvemens sont généraux, les secousses continuelles.

Lorsque la maladie est partielle, un côté du corps peut seul être atteint en entier ou en partie ; les deux côtés peuvent encore être pris, quelques points de leur étendue étant en même temps respectés.

Selon M. Dugès, le côté droit est le plus souvent attaqué ; d'autres observateurs dont M. Andral partage l'opinion, pensent au contraire que c'est le côté gauche.

Qu'un seul ou que les deux côtés soient envahis, les désordres varieront selon qu'ils le seront dans telle ou telle partie seulement, ou que l'étant dans leur totalité, on étudiera ce que chaque partie lésée présente d'anormal, de singulier : ainsi la chorée a-t-elle son siége à la tête ? Alors on observera des mouvemens brusques, rapides, irréguliers, bizarres des muscles du front, des yeux, de l'oreille même ; ceux du nez, de la bouche participeront au trouble, et de là mille grimaces, mille contorsions ; le malade semblera rire, pleurer, etc. Que si les muscles du cou sont de la partie, cette région subira tous les modes d'inflexion possibles, la tête se portera en tous sens ; la face peut être tournée complétement en arrière. On a vu un choréique qui frappait son épaule avec sa tête comme avec un marteau.

L'affection occupe-t-elle les membres supérieurs ? Les mouvemens seront de même nature : les mains iront claquer l'une contre l'autre ; les deux membres livrés à la force de contraction des muscles, se rencontreront, se fléchiront sur eux-mêmes, seront ramenés vers le tronc d'une manière plus ou moins violente, et telle qu'il en pourra résulter des contusions. Certains malades frappent l'air ; d'autres exercent des mouvemens de natation ; d'autres encore agitent, soulèvent leurs bras, leurs épaules comme s'ils devaient prendre le vol, s'élever dans les airs. Chez celui-ci, c'est toujours le même mouvement qui s'observe ; chez celui-là le mode en varie ; un jour c'est tel genre, un autre c'est tel autre. Quelquefois un mouvement est commencé par la volonté, la maladie s'y oppose, une sorte de lutte s'engage entre les deux ; puis, si la dernière vient à céder, le mouvement s'accomplit brusquement. Il est vraiment curieux de voir un choréique prendre, par exemple, un verre pour le porter à sa bouche. Quelques malades font sans cesse des mouvemens de répulsion ; il en est qui s'arrachent les cheveux.

Aux membres inférieurs, l'affection se traduit par des phénomènes tout aussi remarquables. Les individus ont une agitation continuelle de ces parties ; il en est dont les chevilles sont meurtries par suite des chocs déterminés par la rencontre précipitée de l'une sur l'autre ; chez d'autres, la jambe se fléchit énergiquement sur la cuisse et va faire battre le talon contre la fesse, de manière à y produire des contusions. Si on regarde marcher ces malades. on en voit qui ne lèvent pas assez les pieds, les arc-boutent contre le sol, et sont sans cesse sur le point de tomber. Quelques autres ont une marche sautillante, ils s'avancent par sauts et par bonds ; certains suivent une ligne diagonale. Il arrive aussi que parmi ceux qui gardent le lit, on soit obligé d'en attacher pour parer aux accidens plus ou moins graves auxquels les expose actuellement leur état nerveux.

Si le tronc est compris, il s'incline, se courbe en différens sens ; les attitudes revêtent diverses formes ; quelquefois même le malade fait des culbutes répétées.

Les muscles de la langue, du larynx peuvent être atteints, et alors la prononciation est difficile, il y a bégaiement ; la voix est altérée, singulière ; les cris du malade ont aussi quelque chose de particulier, de bizarre.

Le pharynx, les muscles de la respiration sont parfois attaqués, et dans ces circonstances, la déglutition est gênée ou impossible ; la respiration pénible, laborieuse ; la suffocation menaçante.

Les muscles des autres parties servant à la vie de nutrition ne sont pas exempts du trouble plus ou moins général. Ceux de la vessie, du rectum, peuvent être lésés, et de là bon nombre de phénomènes divers.

M. Andral ne doute pas que les muscles du cœur puissent se prendre aussi.

La sensibilité paraît peu influencée par la chorée. On trouve cependant quelquefois des malades qui disent éprouver des engourdissemens, des picottemens, des fourmillemens dans les muscles affectés. Dans quelques cas ce sont de véritables douleurs ; mais elles se manifestent rarement, et ne sont qu'un épiphénomène dont on a signalé un cas portant sur l'occiput ; encore a-t-il été bien constaté ?

En général l'intelligence se conserve saine, nette, quoique pourtant, dans des cas, elle subisse de la diminution. On a dit que plus la chorée marche avec cette diminution des facultés intellectuelles, moins il y a de chances de guérison.

La nutrition n'exprime pas de souffrances.

Début, durée, etc. Cette maladie apparaît tantôt d'une manière prompte, subite ; tantôt elle s'annonce



par des prodromes qui consistent en des pleurs chez les uns, des ris chez les autres. Des grimaces, de la morosité, une voix rauque, des soupirs, des mouvemens peu assurés, des chutes fréquentes et qui font crier fortement et à tort à la maladresse, telle est la série des principaux phénomènes qui préludent à son invasion.

Une fois déclarée, cette affection peut persister sans interruption jusqu'à sa parfaite guérison, ou prendre le type intermittent. Elle est modifiée, quelquefois interrompue, disparaît même complétement par le sommeil, par des distractions, des émotions vives, comme la colère, par exemple : preuve qu'elle ne tient pas à une lésion, à une altération grave du cerveau ; preuve que sa cause a quelque chose de mobile et d'inconstant.

Il est d'autres influences qui exaspèrent les symptômes ; ainsi, qu'on examine un choréique, qu'il s'en aperçoive son mal s'exalte, ses mouvemens sont activés ; il y a donc aussi ici excitation par cause normale.

Cette névrose a dans des cas une assez courte durée : ainsi, on la verra se terminer en quelques jours ; tandis que dans d'autres circonstances elle se prolongera des années, toute la vie même. Souvent elle cesse spontanément à l'époque de la puberté. Rarement ses suites sont funestes ; cependant il arrive parfois qu'en s'éteignant elle-même, elle est remplacée par une autre maladie telle que l'épilepsie, l'hystérie, l'aliénation mentale.

Traitement. — On a varié beaucoup dans les moyens thérapeutiques dirigés contre la chorée : nous allons énumérer les plus usités.

Les émissions sanguines générales ou locales sont employées ; mais il est évident qu'on ne saurait les conseiller indistinctement sans danger. On n'ira pas assurément saigner un sujet débile, anémique, comme on le ferait chez un individu fort, pléthorique, avec des signes de congestion : celui-ci réclame positivement l'ouverture de la veine ou l'application de sangsues, toutefois encore faut-il en user sagement, et on peut dire à cette occasion : *Non, in eodem morbo, idem remedium.*

M. Andral pense donc que les évacuations sanguines ne sont bonnes que dans quelques cas, et qu'elles ne donnent jamais lieu à une guérison complète. Selon M. Guersant, elles seraient plus nuisibles qu'utiles.

Des auteurs disent avoir guéri cette affection avec les purgatifs. En Angleterre, on en tire encore un grand avantage ; mais pour en obtenir de bons effets, il faut les continuer longtemps et les répéter souvent.

L'émétique à haute dose compte quelques succès (M. Breschet).

Les antispasmodiques, les narcotiques, les anthelmentiques, lorsque cette névrose est causée par des vers intestinaux, ont leur avantage.

On a eu recours à des agens plus ou moins empiriques : ainsi, en Allemagne surtout, on a administré le chlorure de zinc à la dose de 2 à 4 grains, le muriate et le sulfate de cuivre ammoniacal, le sous-carbonate de fer, le nitrate d'argent, l'acide prussique, le colchique, le narcisse des prés, sur lesquels on a longuement écrit. Le galvanisme, l'électro-puncture ont encore été mis à contribution. Les révulsifs ont été employés de diverses manières, selon que ceux qui les prescrivaient avaient telle ou telle opinion sur le siége du mal.

Les bains tièdes, froids, ceux de mer dont la réputation est méritée, les bains de surprise, l'immersion rapide du corps dans l'eau froide répétée plusieurs fois ; les affusions froides en pluie avec un arrosoir, sur la tête ou sur le corps, selon les cas, sont surtout les meilleurs moyens à faire servir contre cette névrose : leur emploi, soutenu ou non par l'administration de quelques antispasmodiques, de la valériane particulièrement, a valu au grand chirurgien de l'Hôtel-Dieu, à l'immortel Dupuytren, des guérisons nombreuses.

Enfin M. Baudelocque qui dernièrement a fait l'essai des bains sulfureux, leur accorde une grande confiance. Faut-il ajouter que si la maladie se montre intermittente, le quinquina pourrait amener d'heureux résultats ?

N° 120. — 8 OCT.

HOTEL-DIEU.

Autoplastie faciale. Heureux résultat.

Un enfant âgé d'une dizaine d'années, portait depuis l'âge de quatre ans, une énorme brèche à la face du côté gauche. Un coup de fusil chargé à plomb qu'il avait reçu à bout portant avait détruit la plupart des parties molles qui couvrent l'espace compris depuis la racine du nez jusqu'à l'angle buccal du côté indiqué. Les cavités, par conséquent, de la narine et de la bouche étaient restées béantes d'un côté. Outre la difformité horrible à voir, la salive, la boisson, le manger et les mucosités nasales s'écoulaient continuellement en grande partie au dehors ; la voix était considérablement altérée, et la santé générale en avait éprouvé à la longue une sérieuse atteinte ; l'enfant était en quelque sorte rabougri et d'apparence maladive. Des cicatrices multiples et calleuses entouraient naturellement cette espèce d'antre naso-buccal.

Conduit dans le service de M. Blandin, cet enfant a été soumis à plusieurs opérations successives. Il s'agissait de rapiècer par la peau du front, de la tempe et des autres parties environnantes les différentes lacunes que nous venons d'indiquer.

Il y avait par conséquent là, non seulement de la rhinoplastie à faire, mais encore de la chéiloplastie et de la génioplastie à la fois.

Cinq séances ont été nécessaires pour cela. Il serait trop long d'exposer ici avec détail les particularités de chaque opération. Nous nous contenterons de faire seulement remarquer :

1° Que le demi-nez a été confectionné avec la peau du front ;

2° Que la demi-joue a été créée avec un énorme lambeau de la peau du crâne, ayant plus de six pouces de longueur et un et demi de largeur ;

3° Que la demi-lèvre supérieure a été empruntée à la peau de la mâchoire inférieure.

Ces manœuvres ont été calculées et exécutées avec beaucoup d'habileté, et elles ont si bien réussi que nous félicitons sincèrement l'opérateur du beau résultat qu'il a obtenu. Non seulement toutes les brèches se trouvent actuellement bouchées, et la difformité rendue très-supportable, de hideuse qu'elle était, mais ce qui est plus important encore, la prononciation, la mastication et la déglutition ont été de la sorte restaurées à leur tour.

Ce petit malade vient d'être présenté à l'Académie de médecine, et il a avec raison excité l'intérêt général. Ce qui est surtout remarquable à son égard, c'est de voir au milieu d'une demi-*face d'arlequin* une bande transverse de peau couverte de poils courts et forts comme un beau favori de huit jours. Cette languette de peau poileuse est celle qu'on a tirée des tégumens crâniens, du côté de la tempe.

Il est donc prouvé, par ce fait, que les poils ou plutôt les bulbes des cheveux qu'on transplante avec la peau qui les contient ne s'atrophient pas toujours, ainsi que M. Dieffenbach l'avait prétendu. Il est bon cependant d'ajouter que, d'après les principes autoplastiques établis par M. Blandin, dans son excellent travail sur cette matière, les lambeaux transplantés sont beaucoup plus vascularisés et par conséquent plus animés que lorsqu'on opère d'après les données du chirurgien prussien.

On sait, en effet, que M. Dieffenbach attribue la mortification de chaque lambeau autoplastique à la congestion consécutive du sang dans son tissu. Aussi établit-il en principe de découper la pièce de manière qu'elle ne contienne pas de vaisseaux considérables, de la faire abondamment saigner avant de l'appliquer et de l'asperger souvent d'eau froide, afin de prévenir la stase sanguine dans son intérieur.

M. Blandin, au contraire, s'est efforcé de prouver l'utilité du précepte opposé. Déjà dans son traité d'anatomie, il s'était attaché à prouver tout l'avantage qu'on pouvait retirer pour l'autoplastie faciale de la connaissance précise de la marche des artères des différentes régions de cette partie, et principalement de celles du crâne, en donnant pour précepte général de couper le pédicule du lambeau dans le sens même de la marche naturelle des artères, c'est-à-dire, que l'axe longitudinal du lambeau fut toujours parallèle à l'artère principale qui l'avoisine ou le parcourt. Il a ensuite mis plus en évidence et démontré expérimentalement l'utilité de ce principe dans son ouvrage spécial sur l'autoplastie.

Le fait que nous venons de rapporter a justifié pleinement la bonté des idées émises par M. Blandin à cet égard, car le lambeau poileux ci-dessus indiqué a été coupé de manière qu'il renferme l'artère temporale toute entière.

—

Fractures du radius. Perfectionnement de l'appareil de Dupuytren.

Nul doute qu'une fois bien saisie, une indication thérapeutique ne puisse bien être le plus souvent remplie de différentes manières, pourvu qu'on ne s'écarte pas de l'idée fondamentale. Cette considération peut exactement s'appliquer à l'appareil de la fracture de l'extrémité inférieure du radius. Dupuytren ayant démontré expérimentalement l'avantage d'une idée déjà émise par Cline et A. Cooper, concernant le traitement de cette lésion, savoir : d'incliner fortement la main dans l'adduction, c'est-à-dire du côté cubital, inventa dans ce but son attelle courbe ou cubitale que tout le monde connaît. Plusieurs praticiens se sont alors empressés d'arriver au même but par des chemins différens. Celui-ci a inventé des coussinets carrés, triangulaires, ou je ne sais de quelle autre configuration, pour remplacer l'attelle cubitale. Celui-là substitue à cette attelle une petite éclisse droite en bois, avec un paillasson sur le bois cubital, de manière à pouvoir, avec une bande, tirer la main dans le même sens. Un troisième s'est avisé de faire une sorte de mécanique qui agissait dans la même intention, et ainsi de suite. Les idées de Dupuytren à cet égard cependant sont restées inébranlables au milieu de ces inventions nouvelles, comme un tronc à racines très-profondes sur lequel sont venus s'enter plusieurs rameaux nouveaux, et vivre pendant quelque temps aux dépens de sa sève, sans rien ôter pourtant à sa vigueur primordiale.

Nous ne voulons pas conclure de là que l'attelle cubitale de Dupuytren ne puisse être avantageusement remplacée par quelque autre moyen beaucoup plus simple que ceux qu'on avait imaginés jusqu'à ce jour. L'invention que M. Blandin vient de faire à ce sujet nous paraît atteindre parfaitement ce but. Nous nous empressons de la faire connaître.

Pour incliner d'une manière permanente le poignet du côté cubital, M. Blandin a rendu les deux attelles de l'appareil ordinaire des fractures de l'avant-bras, d'un tiers plus longues que de coutume. La portion inférieure de ces attelles est courbée latéralement, de manière qu'elles s'appliquent comme à l'ordinaire, sur les deux faces de l'avant-bras jusqu'à l'articulation du poignet; ce qui reste de chaque attelle décrit une forte courbe du côté interne de l'avant-bras, en proéminant de ce côté.

Le bandage est posé comme d'habitude. Une dernière bande enfin sert à ramener la main du côté cubital où la portion carpienne des attelles fait saillie et sert d'appui à toutes ces parties.

Cette modification nous paraît heureuse, et nous la regardons comme un véritable perfectionnement de l'appareil de Dupuytren; nous serions même étonnés qu'on ne l'adoptât pas généralement dans les hôpitaux non-officiels. Nous disons non-officiels, car on sait quelle rouille déplorable nous sommes aujourd'hui obligés de gratter continuellement des murs déserts de ces cli-

niques de l'école autrefois si resplendissans du reflet de ces hommes qui seuls étaient dignes du nom de véritables cliniciens!

Nous ne terminerons pas cet article sans rappeler une remarque pratique que nous avons déjà faite plusieurs fois à l'occasion des fractures de l'avant-bras. Nous voulons parler de la position à donner au membre qu'on vient de mettre dans l'appareil.

Lorsque vous couchez le membre à plat ou en pronation sur un oreiller, à côté du corps du malade, il est évident que les deux os doivent être nécessairement croisés entre eux; il est évident aussi, par conséquent, que quelle que soit la bonté de l'appareil, les fragmens se déplacent alors, et la réunion doit être plus ou moins défectueuse; tandis que si vous placez l'avant-bras en écharpe, de manière que le membre se trouve entre la pronation et la supinatien, ou en d'autres termes, que la paume de la main soit appliquée à l'épigastre, les deux os restent parallèles, et le bandage peut agir de la manière la plus avantageuse. Nous avons vu des malades dont la fracture anti-brachiale avait été parfaitement pansée, et qui pourtant ne sont guéris qu'en conservant une certaine gêne dans les mouvemens de pronation et de supination, faute de la précaution que nous venons d'indiquer.

PATHOLOGIE INTERNE.

Cours de M. Andral.

Leçons sur les maladies des centres nerveux; recueillies par M. Malherbe.

(Suite du numero précédent.)

Du tremblement.

Cette affection porte sur le mouvement et consiste dans le tremblement des muscles; elle est presque un état physiologique chez certains individus.

Causes. Elles sont nombreuses et variées. Les affections morales, la peur, par exemple, peut déterminer cette névrose chez l'homme comme chez les animaux : c'est une chose singulière que les diverses émotions de l'âme se traduisent à l'extérieur par une modification dans le mouvement. Il y a aussi des causes physiques, le froid en est une assez puissante; des causes pathologiques, telles sont les hémorrhagies abondantes, produisant l'anémie, le typhus, à certaine époque de sa durée, les convalescences de maladies longues, etc. Dans ces circonstances, le tremblement n'indique pas du tout une surexcitation du cerveau, il révèle au contraire une diminution des forces, le défaut de stimulus nécessaire à l'encéphale pour qu'il puisse régler, coordonner les mouvemens et les commander avec précision.

On peut encore donner comme cause de cette névrose des fatigues, des efforts musculaires, des violences extérieures, l'ingestion de certaines substances dont on continue trop longtemps l'usage, comme l'abus des alcooliques, du café, du thé, de l'opium.

Il est un métal qui, absorbé, se mêle au sang, agit sur le cerveau de telle sorte qu'il en résulte un genre de névrose particulier. Cette espèce de névrose porte le nom de tremblement mercuriel; c'est assez dire que le métal dont nous venons de parler est le mercure. Mais si des malades contractent cette maladie par l'effet d'un traitement anti-syphilitique, il faut alors que son usage ait été trop prolongé, et encore les cas seront-ils rares et exceptionnels. Il n'en sera plus de même relativement aux personnes exposées aux vapeurs de cette substance métallique, car c'est son absorption à l'état de vapeurs qui a surtout le privilége de provoquer cette sorte d'affection : aussi les doreurs sur métaux, les étameurs de glaces, les fabricants de thermomètres, et généralement tous ceux qui emploient le mercure, dont la profession exige qu'ils vivent pour ainsi dire au milieu de ses émanations, sont-ils, ou du moins finissent-ils souvent par être atteints. Il est, du reste, un moyen préservatif pour ces ouvriers, c'est l'appareil imaginé par M. Darcet.

On a dit que le plomb causait aussi le tremblement; cette assertion n'est pas exacte.

Quoiqu'il en soit de ces causes, la névrose que nous étudions ne comporte pas toujours le même degré d'intensité; elle est au contraire fixe, invariable dans ses phénomènes symptômatiques.

Elle est d'ailleurs générale ou partielle, et dans ce dernier cas elle peut occuper chacune des parties du corps; la tête, les membres, etc. Elle peut encore se traduire, l'individu étant dans le repos, ou bien se livrant à quelque exercice, se donnant au mouvement. Une forte distraction et une émotion vive la diminuent ou la font disparaître momentanément; si, au contraire, le malade songe à son mal, ou qu'il remarque qu'on le fixe, le tremblement s'accroit, redouble d'activité.

Quelle soit périodique ou continue une fois qu'elle a commencé, cette maladie est susceptible d'une durée difficile à déterminer. Ne dépassant pas par fois quelques heures, on la voit d'autres fois persister des mois, des années, et même ne finir qu'avec la vie.

Lorsqu'elle est due à l'action du mercure, elle s'éteint ordinairement au bout d'un petit nombre de jours, quoique cependant il ne soit pas très-rare qu'elle se prolonge plusieurs semaines, plusieurs mois. Enfin elle peut, faute de soins, durer indéfiniment.

Traitement. Il varie comme les causes qu'il faut combattre. Ainsi, selon que ces causes seront telles ou telles, on aura à diminuer, à remonter, à perturber l'état des forces. Dirons-nous que la première indication à remplir est d'y soustraire le malade toutes les fois que cela est possible? Dans la pensée que le tremblement dépendait d'une modification, d'une lésion de la moelle spinale, on a dirigé sur la colonne vertébrale les agens destinés à détruire le désordre : vésicatoires, moxas,

cautères actuels, ont été promenés sur elle. Les bains, la noix vomique, etc., ont aussi été administrés sans qu'on ait encore pu leur attribuer des effets bien avantageux.

Quant au tremblement mercuriel, il suffit le plus souvent d'éloigner sa cause, que l'on reconnait assez facilement, pour qu'il disparaisse; on prescrit ensuite une diète lactée, des bains tièdes de vapeurs, des bains et boissons sudorifiques, de légers purgatifs, si l'état des voies digestives le permet; mais ces derniers n'ont ici aucune spécificité, et leur efficacité est peu constatée. On a préconisé une autre espèce de spécifique composé de sel de nitre et de fleur de soufre, dont le malade prend chaque soir de chaque un scrupule, puis boit une tisane diaphorétique.

On a essayé les bains sulfureux dans tous les cas. M. Andral leur accorde assez de confiance. On peut, aux moyens déjà cités, aujouter les antispasmodiques, l'éther, le musc, le castoréum, les opiacés, etc.

Nous n'avons rien à dire sur l'anatomie pathologique de cettte affection. Chez des individus morts non pas du tremblement, car cette névrose n'entraîne pas la mort des sujets, mais qui avaient succombé à une complication, aucune lésion à laquelle on puisse rapporter les accidens n'a été observée. Le tremblement est une perversion de l'action musculaire.

N° 121. — 11 Oct.

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

M. Velpeau.

Affection calculeuse vésico-rénale avec péritonite; mort.

P.-A. Bourbon, terrassier, âgé de cinquante-un ans, d'un tempérament bilioso-sanguin, d'une bonne constitution, est entré à l'hôpital le 2 septembre 1836, et dit souffrir toujours depuis trente ans en urinant. Dans ce long intervalle il n'a eu aucune autre maladie; Il vaquait constamment à ses affaires, et ne mangeait d'habitude que des légumes : il n'a jamais été traité; mais depuis sept mois il sent des picottemens et des douleurs dans le pénis, et en outre des coliques et des tiraillemens de côté du ventre; et malgré toutes ces souffrances il continua encore son travail sans faire aucune espèce de traitement, et a gardé son régime habituel.

A l'examen du 4 septembre, il éprouve une difficulté extrême d'uriner, et par le cathétérisme on constate la présence d'un calcul énorme. On prescrit le quart. Le lendemain le malade se plaint de douleurs dans l'hypogastre et tout le ventre; il y a impossibilité d'uriner, insomnie, fièvre, peau chaude, face animée, soif, inappétence, ventre ballonné, forte envie d'uriner.

Le 6, on le sonde, et on sent : 1° que la vessie est contractée; 2° que la sonde s'engage entre les bords du calcul et des parois de la vessie; 3° que le calcul est d'un volume si grand qu'il remplit tout entière la cavité de la vessie; 4° que le calcul bouche le canal de l'urètre, et empêche par conséquent l'issue des urines.

Le chirurgien, poussant avec la sonde en arrière le calcul, il est sorti un peu d'urine mêlée avec du sang. De l'ensemble de ces symptômes, ou phénomènes morbides, on conclut qu'il y avait aussi une cystite intense. Une saignée de deux palettes; un bain; deux pots de limonade citrique édulcorée avec sirop de gomme. Le soir, 25 sangsues sur la région hypogastrique; bouillon.

Le 2 septembre, même état. Toute la nuit le malade était assoupi. Constipation, soif, langue sèche. Le sang qu'on avait tiré la veille était couenneux et contenait beaucoup de sérosité. 40 sangsues sur le ventre, qui est ballonné et resserré vers la ligne médiane; cataplasme émolliens; lavement laxatif.

Le 8, les symptômes les plus affreux de cystite et de péritonite s'observent; des vomissemens de matières glaireuses sont continuels. On prescrit un bain, des frictions mercurielles trois fois dans la journée, 2 gros chaque; bouillon.

Le 9 septembre, ce malheureux succomba à six heures un quart du matin. L'autopsie eut lieu le 10 à neuf heures.

Habitude extérieure. Rien d'anormal. Le rein droit était très-volumineux et bosselé, et on sentait en le touchant une fluctuation. Les bosselures convergeaient le bord externe et convexe, de manière qu'en y enfonçant le scalpel, le pus inonda en quelque sorte les assistans. L'intérieur des parois paraissait plus épais que dans l'état normal, et d'un aspect livide. Les calices et le bassinet étaient remplis de pus. L'uretère correspondant, d'un bout à l'autre, était très-dilaté. En l'incisant longitudinalement, on a trouvé toute la surface interne en suppuration. L'état du rein gauche n'était pas non plus normal. Son volume paraissait atrophié ou réduit à peu près de moitié : on n'y voyait aucune autre particularité. L'uretère du même côté se trouvait aussi dilaté que l'autre, mais sa texture n'était point altérée.

Le calcul occupait toute la cavité vésicale. Son diamètre longitudinal avait deux pouces deux lignes; le transversal, 22 lignes; le vertical 12 lignes. Composition : phosphate ammoniaco-magn., acide urique. Le trigone de la vessie était en pleine suppuration; et tout le reste de cet organe n'offrait que des ulcérations et des dégénérescences lardacées, phlegmasiques, jusqu'à la prostate et aux vésicules séminales qui étaient volumineuses et suppurées. Dans la cavité abdominale, on a rencontré une grande quantité de matière purulente et des coagulations albumineuses.

M. Rayer présent, observait attentivement. On n'a pas jugé convenable d'ouvrir les autres cavités thoracique et crânienne.

Ce cas, certes, n'était pas opérable, et on a bien fait de ne pas songer à l'opération. Les lecteurs de la Lancette se rappellent un malade dont nous avons publié l'observetion (tome 8, n° 3), qui avait présenté les mêmes symptômes que celui-ci, et qui cependant fut soumis à l'opération lithotripsique, à laquelle il succomba. La taille et la lithotripsie compteraient infiniment plus de succès, si les chirurgiens se faisaient souvent médecins; ils seraient moins hardis et plus circonspects.

Lafaras.

N° 122. — 13 oct.

HOPITAL DE LA PITIÉ.

M. Lisfranc.

Considérations médico-chirurgicales sur les ulcères simples dits atoniques ; anatomie pathologique de ces ulcères. (Leçon recueillie par M. Forget, interne.)

(Suite du n° du 6 octobre.)

Nous n'insisterons pas davantage sur les raisons anatomiques, physiologiques et thérapeutiques qui nous ont servi, dans la dernière leçon, à vous démontrer la véritable cause de l'ulcère simple : nous en avons dit assez pour vous faire comprendre que la prétendue atonie des tissus doit être définitivement rejetée par tous les esprits rigoureux, quoique certains pathologistes, qui semblent avoir reçu mission de taire tout ce qui se fait en dehors de la coterie, reproduisent encore cette idée.

Occupons-nous aujourd'hui du mode de formation et de la nature de l'ulcère. J'ai dit, dans la leçon précédente, qu'il était le produit d'une inflammation gangréneuse, *sui generis ;* je vais vous donner les preuves :

1° L'ulcère qui s'accroît d'une manière un peu notable répand une odeur particuliere de gangrène, qu'il n'exhale plus dès qu'il a cessé de faire des progrès.

2° Ordinairement, quand les malades arrivent dans les hôpitaux et que leurs ulcères s'agrandissent, on y voit tantôt de petites, tantôt de grandes escarres gangréneuses, la suppuration est ichoreuse : si l'on en place une certaine quantité entre le pouce et l'indicateur, et qu'on leur imprime des mouvemens de va et de vient, on sent qu'elle entraîne avec elle un détritus provenant de petites escarres qu'on voit alors et qui avaient été inappréciables à l'œil nu, parce que l'ulcère était moins grave que dans le cas précédent, la surface ne laissant pas voir de tissus frappés de mort.

3° Enfin rappelez-vous que la stase du sang veineux qui, ainsi que nous l'avons démontré, exerce une influence directe sur la formation de l'ulcère simple, a pour effet de produire la gangrène des tissus.

En présence de ces faits que vous êtes à même d'observer chaque jour, il nous sera facile de réfuter certains pathologistes qui, pour expliquer la formation de l'ulcère, adoptent encore la théorie admise par Ambroise Paré et reproduite dans ces derniers temps par Jean Hunter.

L'absorption interstitielle a servi de base à cette théorie, suivant laquelle les vaisseaux lymphatiques absorberaient le solide vivant. Voyez-vous ces vaisseaux lymphatiques, nouvelle espèce à classer au rang des carnivores, dont il ne manque plus que de décrire la forme et le nombre de dents, les voyez-vous, dis-je, assouvir leur voracité sur les tissus, les ronger, les détruire ? En vérité, quand on voit de pareilles idées admises et enseignées dans un temps où les sciences médicales tendent plus que jamais à une rigueur mathématique, on ne peut s'empêcher de répéter avec le poëte latin : *Risum teneatis amici.*

Eh ! quelle preuve a-t-on donnée à l'appui de ces idées ? l'amaigrissement : comme s'il était ordinaire d'observer des ulcères chez les personnes qui maigrissent.

Le thymus disparaît, il est vrai, sous l'influence de l'absorption, mais on n'y voit pas d'ulcérations.

Il en est de même des nombreux engorgemens chroniques dont vous nous voyez souvent obtenir la résolution dans cet hôpital.

Il faut donc rejeter à tout jamais cette ridicule hypothèse, parce que nous sommes arrivés à une époque où les théories doivent être déduites de faits bien constatés, et que les faits doivent cesser d'être l'expression des théories, manie dont la médecine est encore entachée, grâce à beaucoup de mauvais esprits dépourvus de toute espèce de logique. Ont-ils vu les vaisseaux lymphatiques, véritables *loups cerviers*, dévorer les tissus? Non, certes; mais les vaisseaux lymphatiques ne sont pas moins des animaux dévorans !!!

Passons à l'anatomie pathologique et à la maladie qui nous occupe; elle est un des points les plus importans à connaître; car c'est pour l'avoir longtemps négligée que les chirurgiens ont si peu fait pour la guérison des ulcères, tout en multipliant à l'infini les agens thérapeutiques. C'est sur les caractères anatomiques, différens suivant les cas, que nous réglerons presque toujours nos moyens de traitement.

1° Les bords de l'ulcère peuvent être indurés; cette induration est simple, analogue à celle du phlegmon quand l'ulcère est récent.

S'il existe déjà depuis quelque temps, les tissus indurés offrent l'aspect lardacé, et peuvent avoir subi une transformation squirrheuse. Cette induration s'étend, en surface et en profondeur, à trois ou quatre lignes au-dessous et au-delà de l'ulcère.

2° Quand l'ulcère est ancien, la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et inter-musculaire, les muscles eux-mêmes, sont lardacés dans une étendue de deux pouces, quelquefois plus, autour de la maladie.

Au-delà de ces limites, la dégénérescence lardacée n'existe plus, mais les tissus sont jaunes et offrent de distance en distance quelques tubercules indurés; un peu au-delà ils sont colorés d'un jaune serin; on ne voit plus de tubercules indurés; plus loin encore, ils sont pâles et infiltrés d'une sérosité, dont la quantité a augmenté à mesure que l'on se rapproche davantage de l'ulcération.

3° Certains uclères offrent sur leurs bords un décollement de la peau que l'on peut constater en glissant un stylet entre elle et les tissus plus profonds; la peau offre d'ordinaire, dans ce cas, une coloration violacée. Ces ulcères sont de la nature de ceux qui résistent le plus aux agens thérapeutiques.

4° Si vous fixez maintenant votre attention sur l'aspect qu'offre la surface ulcérée, vous la trouvez sem-



blable à une coupe de tissu cellulaire enflammé sans aucun développement de bourgeons charnus, et qui est en quelque sorte comme tannée; cela se voit ordinairement quand l'ulcère est récent, qu'il a environ dix ou douze jours de date.

5° Dans d'autres circonstances, vous observerez des bourgeons charnus exubérans, qui ne s'élèvent pas beaucoup au-dessus de son fond; mais souvent aussi, sembalbles à des végétations très-développées, ils ont des racines qui, après avoir envahi le tissu cellulaire sous cutané, plongent dans l'épaisseur des muscles.

6° Assez fréquemment vous rencontrerez une surface rouge, polie, luisante, comme vernissée, donnant au toucher la même sensation que la membrane muqueuse des joues; la dissection de ces ulcères, organisés à la manière de certains trajets fistuleux, permet d'isoler un tissu muqueux accidentel : c'est l'ulcère que j'appelle muqueux.

Avant de passer à la thérapeutique de la maladie qui nous occupe, il est une question importante sur laquelle je veux fixer votre attention :

Doit-on entreprendre la cure radicale de tous les ulcères anciens?

Fabrice de Hilden, Heister, Ledran, pensent qu'on ne doit jamais en tenter la guérison ; ils citent à l'appui de leur opinion plusieurs exemples de congestion cérébrale et pulmonaire, de céphalalgie intense, d'apoplexie, de dyspnée survenues immédiatement après leur cicatrisation. Camper, Bell, Bosquillon, veulent dans tous les cas en entreprendre la cure.

Nous n'adoptons, dit M. Lisfranc, aucune de ces opinions exclusivement : vous n'en serez pas surpris, accoutumés que vous êtes à l'indépendance de nos idées et à l'esprit éclectique qui dirige notre thérapeutique chirurgicale. Je pense que le danger qui provient de la suppression d'un ulcère ancien dépend du mauvais état des viscères; que toutes les fois qu'un organe important est livré à une maladie latente, ou chronique, quelles que soient d'ailleurs les précautions que l'on prenne pour obtenir la cicatrisation de l'ulcère, on ne fera que hâter la perte du malade ; car l'expérience a démontré qu'alors ordinairement un cautère ne pouvait pas remplacer l'ulcère : aussi je conclus à la nécessité indispensable d'examiner l'état des cavités splanchniques, et surtout des appareils respiratoire et digestif. Sont-ils malades, il faut attendre pour fermer la solution de continuité, la cessation de la maladie.

Il faut aussi se garder de cicatriser un ulcère dont l'apparition a fait cesser un état apoplectique, comme je l'ai observé plusieurs fois chez les vieillards ; et dans les cas même où les organes sont sains, où la constitution ne paraît pas avoir fléchi, comme il n'est pas permis d'ignorer qu'un ulcère qui existe depuis plusieurs années est un exutoire devenu indispensable à l'économie, il faut toujours prendre les plus grandes précautions au moment de le supprimer; il faut le cicatriser lentement pour habituer peu à peu l'économie à s'en passer.

On établit un cautère avant que l'ulcère soit fermé, car il faut du temps pour que cet exutoire artificiel, par la sécrétion purulente et l'irritation révulsive qu'il produit, soit arrivé au point de le remplacer.

Il est bon de joindre à ce moyen l'administration des amers, des dépuratifs et des laxatifs légers, au moment où il finit de se cicatriser ou quand il vient de l'être complètement.

Si, malgré toutes ces précautions, une phlegmasie viscérale venait à se développer, vous vous empresseriez d'appliquer la pommade de Gondret sur le lieu qu'occupait l'ulcère, afin de le rétablir promptement.

HOPITAL DES VÉNÉRIENS.

Clinique de M. Ricord.

Des préparations d'argent dans le traitement des maladies vénériennes.

Dans un mémoire publié depuis quelques mois, M. Serre, professeur à l'école de médecine de Montpellier, ayant préconisé l'usage des préparations d'argent comme un moyen thérapeutique bien supérieur à toutes les médications employées jusqu'à ce jour contre les maladies vénériennes, M. Ricord a cru devoir expérimenter la nouvelle méthode.

Les indications et les formules de M. Serre ont été suivies avec la plus scrupuleuse exactitude, tant pour le choix des malades que pour l'administration de l'agent thérapeutique ; toutefois, nous devons avancer que les bénéfices obtenus par ce mode de traitement, mis en parallèle avec ceux qu'offre habituellement la médication employée par M. Ricord, sont bien loin, du moins jusqu'à ce jour, d'assurer la supériorité des moyens proposés par M. Serre sur une série de malades choisis, de manière à offrir d'une façon bien nette les différens accidens des maladies vénériennes et toujours au nombre de trois ou quatre sujets, pour chaque affection.

Les préparations d'argent, suivant la méthode de M. Serre, ont été administrées à doses fractionnées, pendant un temps souvent bien plus long que celui assigné dans le mémoire comme nécessaire à une parfaite guérison, et consciencieusement, pour les symptômes à marche croissante, nous n'avons vu ni arrêt, ni retard ; quant aux autres, les périodes se sont accomplies avec ni plus ni moins de lenteur que dans les cas où le repos et une alimentation régulière amènent la guérison de la maladie, ou tout au moins celle du symptôme apparent.

L'examen le plus attentif et l'interrogation la plus minutieuse, n'ayant pu faire découvrir chez les malades soumis au traitement, d'après les formules de M. Serre, aucun effet notable qu'on pût rapporter à l'action du médicament, M. Ricord a essayé des doses plus fortes : ainsi pour l'iodure et le cyanure d'argent, il a prescrit jusqu'à douze grains par jour en trois doses. Nous pu-

blierons plus tard l'effet que produira l'augmentation progressive que M. Ricord suit en ce moment ; mais jusqu'ici, nous pouvons citer quelques observations particulières, d'abord quant à la quantité d'iodure qu'on peut prendre en une seule fois.

— Deux malades couchés dans la salle 8e : Lamothe, âgé de 23 ans, entré le 30 août, 1836, et Bouligni, âgé de 19 ans, entré le 19 août ont avalé par erreur, en une seule prise, six grains d'iodure divisés en pilules, qu'on avait données à chacun pour sa journée. Il ne s'est manifesté aucune action sensible ; ils prennent aujourd'hui douze grains en trois fois.

Quant au relevé des observations que nous avons recueillies jour par jour, un malade couché salle 7, n° 14, et traité pour des chancres à la verge, parut offrir une guérison assez rapide ; mais le jour de sa sortie, il avoua que, voyant son voisin de lit guérir plus vite que lui par l'usage du vin aromatique, il avait, en cachette, partagé le traitement du camarade.

Chez deux individus à tempérament lymphatico-scrofuleux, on a pu noter que la guérison est arrivée peut-être un peu plutôt que par la résolution spontanée. Toutes les autres observations rentrent dans le cadre indiqué.

Voilà quelques faits notés au hasard ; mais nous nous proposons de publier bientôt un résumé de toutes les observations, pour juger la méthode de M. Serre en elle-même et d'une manière comparative.

Quant au mémoire que nous avons cité, il nous a paru remarquable d'entendre M. Serre nommer *guérison rapide* des résultats obtenus dans un temps, pour le moins triple, de celui que réclame, par le traitement ordinaire, la parfaite disparition de certains symptômes. Ainsi, terme moyen, à moins de graves complications, le chancre guérit, à l'hôpital des Vénériens, par le vin aromatique et la cautérisation, d'après les règles posées par M. Ricord, en quinze ou vingt jours au plus ; souvent même des ulcérations de très-mauvaise nature, pour nous servir des expressions consacrées, ont cédé à cette médication en douze ou treize jours ; et M. Serre, qui doit pourtant se rappeler ces faits qu'il a pu constater tandis qu'il suivait la clinique de M. Ricord, peut-il nous donner comme guérison rapide des chancres très-simples guéris en cinquante ou soixante jours ? Cela nous a paru ètrs-extraordinaire. D'un autre côté, les guérisons qu'a obtenues M. Serre par l'iodure d'argent à la dose d'un douzième de grain, comparées aux résultats négatifs des expériences de M. Ricord, nous ont présenté un problème très-difficile à résoudre ; à moins d'admettre comme dernière solution possible, d'après la confiance que nous accordons aux travaux faits à Montpellier, que les avantages rapportés à l'action des préparations d'argent, ne soient en grande partie dus à un mode d'administration tout à fait en accord avec la méthode homœopathique.

J.-J.-L. Rattier.

—

N° 123. — 15 oct.

HOPITAL DES VÉNÉRIENS.

Clinique de M. Ricord. — *Salivation mercurielle.*

Longtemps dans l'étude des maladies vénériennes on a cherché à produire la salivation comme moyen d'épuration, et l'on croyait alors donner lieu à un émonctoire qui favoriserait la sortie du virus. Quelques praticiens habiles s'aperçurent que cette abondance de sécrétion, loin de soulager le malade, l'arrêtait dans la marche de sa guérison, ou qu'il y avait récrudescence. Schisme alors entre les médecins de l'époque : ceux qui voulaient la méthode par extinction (la non-salivation), et ceux qui voulaient la méthode de la salivation. Il est vrai de dire que dans la plupart des cas, lorsque le mercure fait saliver, la maladie reste stationnaire, si elle n'empire pas ; mais c'est une faute de la médication et non du médicament. Je suis bien convaincu que la salivation est toujours nuisible dans le traitement des maladies vénériennes, et qu'il faut, quand on le peut, l'éviter avec soin. Ainsi, s'il est vrai qu'il faille chercher à ne point l'exciter dans le traitement, il faut bien savoir les principales causes qui la produisent.

Causes. L'humidité, le froid, contribuent beaucoup à faire saliver. Dans son service de vénériens, Sanhez avait remarqué que ceux qui étaient placés près de la porte salivaient plus que ceux qui étaient près du poêle. A Strasbourg, on a observé que l'excessive chaleur y contribuait aussi ; le mauvais état de la bouche, les dents gâtées, les mauvaises gencives, font porter directement le mercure sur la bouche et favorisent beaucoup la salivation. La constipation, un état morbide du tube intestinal, les constitutions lymphatiques, molles, scrofuleuses, sont encore autant de conditions qui contribuent à augmenter la salivation.

Voyons maintenant quelles sont les préparations mercurielles qui portent particulièrement à la bouche. Je placerai d'abord en première ligne les préparations insolubles de calomel, l'onguent mercuriel, puis le proto-iodure, le sublimé, etc. Les doses sont très-variables ; les uns salivent à la dose d'un grain ; on en a vu d'autres prendre jusqu'à douze grains de calomel sans aucun résultat. Le temps de développement est très-variable ; mais cependant on peut établir des règles générales. La salivation se produit rarement avant le cinquième jour, plus rarement encore après le vingtième. C'est donc pendant les six ou huit premiers jours qu'il faut porter toute son attention sur l'action du médicament, et surveiller, de près les organes qu'il peut affecter. Des médecins instruits (Villermé, entre autres) ont dit qu'ils avaient observé des stomatites mercurielles six mois et même un an après le traitement. Il peut exister des stomatites avec salivation, sans qu'elles aient eu pour cela de traitement mercuriel antécédent. Pour moi, j'établis, d'après mes propres observations cliniques, que la salivation mercurielle arrive pendant le traitement et non après un espace éloigné, comme quelques-uns l'ont prétendu.

Symptômes. Les gencives commencent d'abord par se tuméfier; les dents sont agacées, cotonneuses, et quand on ferme la bouche, on semble les rencontrer plutôt qu'on ne le croit; on a la sensation de corps étrangers, et l'on croit toujours avoir quelques morceaux d'alimens entre les dents; ce dernier effet est produit par les dentelures des gencives tuméfiées. La mâchoire inférieure est toujours la première prise et le plus longtemps affectée; et si cette maladie continue, elle finit par envahir les gencives supérieures. A mesure que l'état morbide empire, les bords des gencives blanchissent et forment des ulcérations. Le développement de la dent dite de sagesse favorise souvent la salivation. La face interne des joues se tuméfie et s'infiltre; un bourrelet qui s'ulcère par la pression continuelle exercée sur lui, s'établit entre les arcades alvéolaires; la langue qui cherche à fuir dans les intervalles des alvéoles, s'ulcère aussi sur les bords. L'ulcération arrive, en un mot, partout où il y a pression.

Jusqu'à présent je n'ai encore rien dit des amygdales, du pharynx, de l'isthme du gosier, des piliers du voile du palais; il est très-vrai qu'ils en sont frappés, mais ce n'est jamais par eux que commence la salivation : c'est toujours par les gencives.

Aux accidens déjà signalés s'ajoute un mouvement fébrile qui n'est pas d'invasion, et il est rare de le voir précéder. Nous arrivons à la partie la plus importante de la question. La sécrétion de la salive est augmentée d'abord sans altération de produit; mais à mesure que la maladie augmente, la salivation devient très-abondante et très-fétide. C'est seulement par son passage dans la bouche qu'elle acquiert cette dernière propriété, car la salivation mercurielle n'est pas une affection des glandes salivaires, comme on pourrait le croire : la salive, dans ce cas, est à la bouche ce qu'est la bile au canal intestinal dans la duodénité. Il n'y a jamais gonflement des glandes, et ce n'est pas seulement le toucher qui vient à l'appui de cela, mais dans différentes autopsies on a trouvé les glandes à l'état normal; pourtant quand la maladie a été très-longue, les glandes s'enflamment un peu, mais cela n'arrive que par voie de succession. Il y a un autre symptôme successif qui offre plus d'intérêt; je veux parler de cette sécrétion sébacée, fétide, du tartre enfin qui produit l'effet de la potasse caustique sur tous les points avec lesquels il se trouve en contact. Les dents s'ébranlent de plus en plus, les ulcérations font des progrès, les parties cutanées de la face sont quelquefois frappées d'érysipèle, et, si la maladie est grave, la gangrène survient; mais avant d'arriver à cette fâcheuse extrémité, voyons la terminaison la plus ordinaire. Discutons d'abord la valeur du nom. On l'appelle *ptyalisme mercuriel*. Cette dénomination est mauvaise, car ce n'est pas au point de départ, mais bien à un symptôme, un épiphénomène de la maladie qu'on fait ici allusion. Or, le nom de stomatite mercurielle est plus correct; il est, puisque le mal est aux gencives, plus en rapport avec les lésions anatomiques, et comme la maladie a quelque chose de spécial, il faut lui conserver ce nom.

Terminaison. La maladie peut se terminer par délitescence ou par résolution; elle peut aussi arriver à se tarir graduellement; l'ulcération est la terminaison la plus ordinaire; la plus fâcheuse est la gangrène de la face interne des joues, des gencives; et, jointe à l'érysipèle, la perforation de ces parties. J'ai eu un malade qui a totalement perdu la langue; un autre la moitié; un autre enfin la muqueuse de la face interne des joues. La mort peut devenir la conséquence de cette terminaison, ou bien encore une difformité si grande (telle que la perte d'une partie des os des mâchoires) que la mort serait quelquefois préférable. Le marasme est fréquemment la conséquence des grandes salivations : on a vu la mort arriver par la perte d'une trop grande quantité de salive.

Diagnostic différentiel. Quand on arrive auprès d'un malade qui salive, on doit s'informer de ses antécédens, par exemple, s'il prend du mercure, s'il en a pris, s'il est constipé, etc. L'haleine est fétide; elle a une odeur métallique qui appartient surtout aux stomatites mercurielles. Ce dernier point n'est pas un signe pathognomonique exclusif. Il y a en même temps gonflement œdémateux des parties malades; les gencives infiltrées s'ulcèrent les premières; cependant il n'y avait rien dans la bouche avant l'administration du mercure; on ajoute tous ces signes et on a un diagnostic, sinon certain, du moins rationnel; mais, dans tous les cas, il ne faut pas affirmer que la maladie soit causée par le mercure : il y aurait trop de présomption. La salivation a un terme presque sûr en éloignant la cause, et c'est bien dans ce cas qu'on peut dire : *Sublatâ causâ, tollitur effectus*; car quand on suspend la médication, la stomatite a la plus grande tendance à guérir d'elle-même, contrairement aux autres stomatites ulcéreuses.

Le point capital c'est la présence du mercure, et dans ce cas, c'est d'avant en arrière qu'arrivent les accidens mercuriaux que vous ne confondez jamais avec les ulcérations syphilitiques, desquelles, à part quelques exceptions que l'on peut très-bien apprécier, on peut dire, en thèse générale, que les accidens marchent d'arrière en avant. Dans les affections syphilitiques, ce sont les amygdales, l'isthme du gosier, les bords de la langue qui sont premièrement affectés; ajoutons à cela la lenteur de leur marche; tandis qu'il y a très-grande rapidité, marche aiguë dans l'affection mercurielle.

Pronostic. Le pronostic n'est pas grave ordinairement, mais il peut le devenir pour ceux qui veulent que l'affection soit toujours mercurielle.

Traitement. Il faut d'abord, comme je l'ai déjà dit, éloigner les causes, par conséquent suspendre le mercure, surveiller les malades de près quand on administre la médication, et surtout lorsqu'on augmente les doses; les voir tous les quatre ou cinq jours et les tenir à une température moyenne; il faut éviter le froid, surtout celui des pieds; veiller à la liberté du ventre; mais il faut principalement, comme je vous l'ai déjà fait remarquer surveiller la bouche. Quand on s'aperçoit de la présence du tartre, il est nécessaire de l'enlever avec soin : il faut surtout insister sur cette pratique. Diffé-

rentes méthodes, divers moyens curatifs ont été proposés dans les cas de stomatites mercurielles; on a cherché à neutraliser le mal, et pour cela on a vanté le soufre. Cette médication souvent essayée n'a jamais fourni de bons résultats. L'opium a été préconisé; bien qu'il soit excellent pour calmer, il est d'un très-mauvais usage, à cause de la constipation qu'il produit. L'iode a aussi été proposé, mais il est sans aucune espèce d'action. Les purgatifs sont bons comme médication indirecte, c'est-à-dire en éloignant une des conditions qui entretiennent le plus la maladie. Comme médication locale, on a conseillé l'acétate de plomb en gargarisme; mais il est bien peu efficace. On a encore employé les chlorures liquides, les chlorures de chaux. par exemple, l'alun en poudre ou en solution, les gargarismes fortement opiacés, les astringens, le ratanhia, le quinquina, enfin la glace et les antiphlogistiques.

Sans entrer dans de plus grands détails, voici les moyens que j'emploie dans ma pratique: Après avoir établi la liberté du ventre et la propreté de la bouche, je promène sur toutes les parties affectées un pinceau chargée d'acide hydrochlorique pur. J'ai toujours reconnu ce médicament pour être le plus efficace, le plus puissant, le plus énergique et le plus cicatrisant de tous ceux employés jusqu'à ce jour. Il faut prendre bien garde de ne pas toucher les dents. On obvie à cet inconvénient en faisant gargariser le malade avec de l'eau froide, ou bien en tenant d'une main un morceau de linge fin avec lequel on essuie les dents du malade à mesure que l'on promène le pinceau. Il faut toucher les ulcérations profondément, et les gencives superficiellement.

J'ai souvent réussi avec cette médication, et depuis cinq ans que je l'emploie, je n'ai jamais eu d'accidens graves; mais ce n'est pas une raison suffisante pour ne pas employer les autres moyens, tels que la saignée, la glace sur les joues, etc. Mais il faut absolument abandonner l'affection syphilitique pendant le traitement de la stomatite mercurielle. A. Trenille.

ÉCOLE PRATIQUE.

Cours public d'ophthalmologie de M. Rognetta.

Cinquième leçon. — *Hydrophthalmie.*

§ 1er *Généralités.* L'hydrophthalmie (hydropisie ou hydranose oculaire, *hydrops oculi*, *hydrophthalmus*, buphthalmie, *buphthalmus*, ou œil de bœuf) peut être définie une augmentation de volume de la sphère oculaire par suite d'une sécrétion morbide d'humeurs dans ses différentes chambres. Cette définition ne permettra pas de confondre l'affection dont il s'agit avec quelques autres qui lui ressemblent en apparence, telles que les tumeurs fongueuses de la rétine et des autres tissus intra-oculaires, l'exorbitisme ou l'exophthalmie, le staphylôme, etc. Dans ces dernières, en effet, la maladie, ou elle ne consiste pas dans un épanchement humoral, ou bien elle réside en dehors de la coque oculaire. Il est juste d'ajouter cependant que l'hydropisie de l'œil peut quelquefois être jointe à l'exophthalmie, ainsi que j'en ai vu des exemples. Dans ce cas, l'hydrophthalmie est presque toujours consécutive à l'exorbitisme.

L'énoncé qui précède fait déjà pressentir pourquoi je place l'hydrophthalmie dans la classe des maladies de la totalité de l'organe.

§ 2. *Variétés.* 1° Considérée sous le rapport de son siége, l'hydrophthalmie occupe, soit les deux chambres antérieures, soit la chambre hyaloïdienne, soit les corridors périphériques, (choroïdo-rétinien, et scléroticochoroïdien), soit enfin toutes ces parties à la fois sans même en exclure la capsule cristalline. Dans le premier cas, la maladie a reçu le nom d'hydrocapsulite, ou hydropisie de l'humeur aqueuse. Cette variété constitue quelquefois le staphylôme transparent, dont nous parlerons ailleurs. Dans d'autres occasions elle est un symptôme de la kératite chronique. Dans le second, celui de l'hydropisie du corps vitré, celui de l'hydropisie de la choroïde (Wardrop), ou bien d'hydrophthalmie sous-scléroticale ou sous-rétinienne (Mackensie, Lawrence, Middlemore), a été appliqué à la troisième espèce. Mieux vaudrait cependant nommer corticale ou périphérique l'hydrophthalmie dont il s'agit. On a enfin adapté le nom d'hydrophthalmie générale, ou buphthalmie proprement dite, à la quatrième variété.

2° Examinée sous le point de vue de son volume, la tumeur en question est *intrà* ou *extrà* palpébrale, c'est-à-dire pouvant ou non être couverte par les paupières. Cette distinction est de la plus haute importance; car dans le premier cas l'opération n'est pas urgente ordinairement, et l'œil peut quelquefois être conservé, tandis que le contraire a lieu dans le second, ainsi que nous allons le voir.

3° Regardée sous le rapport de son origine l'hydrophthalmie est congénitale ou accidentelle (Lawrence). Bien que rare, la première a déjà été constatée un assez grand nombre de fois. Jungken a vu six frères qui portaient en venant au monde une hydropisie de l'humeur aqueuse, avec un certain degré d'opacité de la cornée. Wares parle aussi d'enfans qui se trouvaient dans le même cas. On sait d'ailleurs que l'hydropisie congénitale de la cristalloïde (cataracte hydatique) n'est pas rare.

4° Considérée sous le rapport de sa gravité, la maladie dont il s'agit est simple, ou bien compliquée de cataracte, d'amaurose, d'opacité ou ulcération de la cornée, de réaction constitutionnelle, etc.

§ 3. *Anatomie pathologique.* Les lésions matérielles de la maladie qui nous occupe doivent nécessairement varier suivant l'espèce à laquelle on a affaire.

A. *Coque oculaire.* 1o Cornée distendue et exagérée plus ou moins dans ses diamètres. Elle offre un certain bombement central qui va quelquefois jusqu'à l'apparence côniforme. Dans ce cas le sommet du cône est plus ou moins opaque. Tout le disque cornéal peut d'ailleurs être infiltré, plus ou moins ramolli, épaissi ou bien aminci, et laisser ou non apercevoir à travers son tissu le diaphragme irien. Dans quelques cas il est

même ulcéré; dans d'autres cependant il offre les conditions à peu près normales.

2° Sclérotique ordinairement distendue, plus ou moins amincie, surtout dans son hémisphère antérieur, où elle laisse apercevoir la choroïde à travers son tissu sous la forme d'une teinte noire. L'hémisphère postérieur conserve son épaisseur normale. Sa substance est le plus souvent ramollie et comme macérée (Scarpa).

3° Choroïde souvent ramollie, hypertrophiée, décolorée ou bien détruite en grande partie. Elle est tantôt accollée à la sclérotique, tantôt éloignée. Dans l'hydropisie sous-sclérotidale, elle en est éloignée par une sorte de matière puriforme qui remplit le corridor postérieur ou sclérotico-choroïdien (Zinn, Ware, Lawrence, Mackensie, Middlemore). Elle y est accolée, au contraire, dans l'hydranose du corridor antérieur ou choroïdo-rétinien. Dans mon travail sur l'amaurose j'ai rapporté des faits de cette espèce; j'y reviendrai à l'occasion des maladies de la rétine.

4° Rétine le plus souvent atrophiée, sa partie médullaire étant résorbée. (Wardrop.) Elle est quelquefois déplacée, roulée sur elle-même en forme de cylindre, ou bien cantonnée dans un coin de la chambre hyaloïdienne. (Scarpa.) D'autres fois elle est complétement disparue. Dans l'hydranose sous-rétinienne, au contraire, elle est rapprochée de la pupille et visible comme un disque opaque, qu'on prit une fois pour une cataracte capsulaire. (Wardrop.)

B. *Chambres oculaires.* Dans une période peu avancée de la maladie, les chambres oculaires sont encore intègres. A la longue cependant toute organisation intérieure est détruite, la sphère oculaire est convertie en une sorte de bourse renfermant un liquide inorganique.

D'abord l'iris est poussé en avant et en arrière, suivant que l'hydropisie commence par le corps vitré ou par l'humeur aqueuse; il se ramollit ensuite, se décolore, se décolle partiellement du corps ciliaire et disparaît même quelquefois, ou bien il acquiert des adhérences morbides. (Synechies.) Les corridors périphériques eux-mêmes sont plus ou moins détruits.

C. *Corps réfringens intérieurs.* 1° Humeur aqueuse tantôt diaphane, tantôt rosacée ou trouble. Sa quantité est ordinairement augmentée du double ou du triple: elle est à l'état normal dans certains cas; dans d'autres elle est remplacée par une sorte de lavasse de décoction de café ou de tabac, ou bien par une eau lactée (Scarpa); 2° cristallin et sa capsule opaques, adhérens ou déchatonnés, hydropiques ou bien atrophiés, disparus; 3° éponge hyaloïdienne désorganisée, pelotonnée quelquefois dans le fond de l'œil, et convertie en une sorte de substance graisseuse. L'humeur vitrée est tantôt transparente, mais augmentée de volume et coulante comme de l'huile; tantôt, et c'est le cas le plus ordinaire, toute la chambre vitrée n'est remplie que par un liquide coloré, sanguinolent ou puriforme, ou bien noirâtre comme une infusion de tabac.

Les lésions que nous venons d'énumérer sont toutes prouvées par l'expérience journalière et par une foule de faits publiés qu'il serait trop long de reproduire ici.

Inductions. 1° On a tort de regarder l'hydropthalmie hyaloïdienne comme un surcroît de sécrétion du corps vitré, puisque ce corps est constamment détruit, et que la choroïde est déjà atrophiée ou détruite alors que l'hydropisie continue à faire des progrès; 2° la source la plus ordinaire de l'eau de l'hydropthalmie est dans la coque ou dans les membranes pariétales de l'œil, et principalement dans la choroïde, dont les vaisseaux abondans laissent transpirer par exosmose la partie la plus liquide du sang. L'iris, le corps ciliaire, la cornée et la sclérotique peuvent aussi contribuer au même résultat. Ces données, qui résultent de l'étude de l'anatomie pathologique, changent tout à fait, comme on le voit, l'étiologie de l'hydrophthalmie.

§ 4. *Etiologie.* On s'accorde généralement aujourd'hui à regarder l'hydrophthalmie comme une affection toute locale (Middlemore, t. 2, p. 475. Lawrence, p. 654). Je pense néanmoins que, bien qu'on ne puisse pas citer un seul fait où cette maladie fût incontestablement ralliée à un principe constitutionnel, tel que le syphilitique, le scrofuleux, etc., ni à d'autres hydropisies, soit splanchniques, soit articulaires, soit sous-dermiques; les phlogoses oculaires que quelques vices dyscrasiques occasionnent, peuvent secondairement donner lieu à l'hydrophthalmie.

A. Prédisposante. L'enfance occupe ici la première place. Il est d'expérience que l'hydropisie oculaire, comme une foule d'autres affections graves de cet organe, se rencontre plus souvent chez les enfans que chez les adultes et les vieillards. Cela tient probablement à la vascularité très-abondante de la coque oculaire en bas âge et à la flaccidité de ses vaisseaux.

Les auteurs énumèrent une foule d'autres causes prédisposantes de l'hydrophthalmie que l'état de la science ne nous permet pas d'admettre aujourd'hui.

B. Occasionnelle. 1° Les fluxions oculaires chroniques spontanées ou traumatiques sont incontestablement la cause occasionnelle la plus fréquente. Ayant interrogé très-attentivement les sujets hydrophthalmes que j'ai, dans l'espace de huit ans, rencontrés soit dans les hôpitaux de Paris, soit en ville; ayant, en outre, examiné minutieusement les faits publiés sur cette matière, j'ai constamment vu que le mal avait été occasionné, soit par une contusion oculaire suivie de phlogose chronique, soit par une ophthalmie déclarée à la suite d'une maladie éruptive aiguë, comme la variole, la scarlatine, etc. La choroïdite, la sclérotite, la kératite se terminent souvent par l'hydrophthalmie, ainsi que nous le verrons ailleurs. Ce que les auteurs ont dit relativement à la suppression des règles, des hémorrhoïdes, des écoulemens blancs, de la rétropulsion des éruptions cutanées, du rhumatisme, etc., comme causes de l'hydrophthalmie, peut donc se résumer dans la proposition générale que nous venons de poser. 2° Des causes inappréciables.

C. Prochaine. Ici, comme dans toute autre hydropisie, la cause immédiate consiste dans un excès de



sécrétion, ou plutôt dans une sécrétion anormale des membranes et des vaisseaux qui tapissent les cavités de l'organe malade. On avait cru jusqu'à présent que les collections hydropiques pouvaient quelquefois dépendre d'un défaut d'inhalation, l'exhalation étant restée la même. Cette opinion ne peut plus être admise, l'expérience ayant prouvé l'excès de sécrétion dans tous les cas (Lobstein, anat. path.). L'oblitération de quelques veines de la choroïde et des autres membranes internes de l'œil pourrait bien quelquefois aussi être une cause d'hydrophthalmie, ainsi que cela arrive pour les autres cavités du corps susceptibles de devenir hydropiques (Bouillaud).

§ 5. *Caractères*. Les caractères tant physiques que physiologiques de l'hydrophthalmie, sont assez nombreux; ils n'existent cependant pas tous à la fois dans chaque variété de la maladie.

A. Physiques. 1° Augmentation de tous les diamètres de la sphère visuelle, reconnaissable au bombement oculaire; d'où résulte une tumeur qui déborde ou non l'enceinte tarsienne ou palpébrale; 2° cornée plus ou moins saillante, plus ou moins côniforme, plus ou moins opaque, permettant ou non d'apercevoir l'iris; 3° chambre antérieure augmentée ou non d'étendue, remplie ou non d'un liquide soit clair, soit coloré; 4° iris naturel ou bien décoloré, concave ou convexe antérieurement, décollé quelquefois, inapercevable dans d'autres : pupille dilatée ordinairement; 5° cristallin plus ou moins opaque, plus ou moins avancé vers la pupille; 6° bourrelet périlenticulaire formé par le corps vitré poussé en avant autour du cristallin; 7° sclérotique distendue, bleuâtre antérieurement, résistante au toucher; 8° conjonctive oculaire relâchée, injectée, ulcérée quelquefois; 9° paupières distendues et extroversées; 10° épiphora.

B. Physiologiques. 1° Début inaperçu, ou bien précédé et accompagné de fluxions oculaires, d'orbitalgie, de photophobie et d'un sentiment de plénitude dans l'œil; 2° myopie progressive et augmentation graduelle du volume de la sphère oculaire; 3° douleurs irradiatives vers l'hémicrâne; 4° motilité volontaire du globe oculaire diminuée ou abolie; 5° pupille peu ou pas sensible à la lumière; 6° vision diminuée ou abolie suivant la période de la maladie; 7° réaction constitutionnelle vers la dernière période de la maladie (Fièvre, douleurs atroces, insomnie, marasme).

Périodes. Il résulte de ce qui précède qu'on peut diviser en trois périodes toute la marche de la maladie. 1° Depuis le but jusqu'au moment où la tumeur est prête à franchir les bords palpébraux. Le bombement oculaire forme ici le caractère principal. La vision est ambliopique le plus ordinairement, elle est amaurotique s'il s'agit de l'hydrophthalmie périphérique. (Nous reviendrons sur cette dernière variété à l'occasion de la choroïdite et de l'amaurose); 2° l'issue de la tumeur par les paupières caractérise la seconde période. Il y a alors ectropion, épiphora et cataracte; 3° la troisième période enfin se déclare lorsque le sommet de la tumeur s'enflamme, s'ulcère et suppure par l'action de l'air. Les douleurs deviennent atroces, et la réaction constitutionnelle ne tarde pas à se manifester.

La durée des deux premières périodes est indéterminée d'un à dix ans. Celle de la dernière n'est que de quelques semaines ou de quelques mois, le mal se terminant bientôt d'une manière quelconque.

Terminaisons. 1° État stationnaire. Il y a des cas heureux d'hydrophthalmie dont le mal s'arrête à la première période, la tumeur ne gênant autrement alors que par la difformité qu'elle produit; 2° guérison complète ou incomplète par la rupture spontanée de la tumeur. En tombant sur le pommeau d'une chaise, une petite fille se frappa l'œil hydropique qui se vida ensuite, et le mal guérit en laissant un moignon utile pour la pose d'un œil artificiel (Louis). La crevasse de la tumeur peut dépendre des progrès de la distension; elle reste quelquefois fistuleuse, et la guérison est incomplète (Wardrop); 3° état progressif, réaction constitutionnelle, mort (Scarpa, Boyer).

§ 6. *Pronostic*. 1° Sous le rapport de la faculté sensitive et de la forme de l'œil, le pronostic est presque toujours grave; 2° relativement à la constitution, il varie suivant que le malade se soumet ou non à l'opération chirurgicale, et suivant la tendance de la maladie pour telle ou telle terminaison. En général, les malades guérissent bien par l'opération, et remplacent leur organe par un œil artificiel. Il faut ajouter néanmoins que l'hémicranie persiste quelquefois même après l'opération la plus heureuse (Boyer).

§ 7. *Traitement. A. Résolutifs*. D'après l'étiologie que nous venons d'établir, on peut déjà prévoir dans quels cas on peut espérer quelque chose du traitement médical proprement dit. C'est lorsque la maladie est encore récente, peu avancée, et que sa cause est parfaitement connue; telle est, par exemple, l'hydrophthalmie accompagnée de photophobie. On combat alors la phlogose par les remèdes ordinaires. Parmi les résolutifs, nous compterons donc : 1° la saignée générale et locale s'il y a indication; 2° les purgatifs mercuriaux (calomel seul, ou joint soit au jalap, soit à la digitale pourprée); 3° les frictions résolutives ou éruptives périorbitaires (pommade mercurielle simple ou ammoniacée, pommade stibiée, huile de croton, etc.); 4° la compression de la tumeur, les vapeurs aromatiques, les lotions spiritueuses ont été préconisées par une foule d'auteurs : ces moyens cependant ont rarement été supportables dans les cas dont il s'agit.

B. Palliatif, pouvant devenir curatif. 1° Les applications émollientes (sachets de fleurs de mauve bouillies dans du lait, et saupoudrées de camphre) ont été utiles entre les mains de Scarpa pour calmer la douleur et temporiser, en attendant que le malade se décidât à l'opération.

2° La ponction simple (ophthalmocentèse) ou bien suivie de la compression. Lorsque la rétine n'est pas encore paralysée, et que la forme de l'œil n'est pas très-altérée, on peut ouvrir la chambre antérieure à sa partie la plus déclive à l'aide d'une lancette ou d'un bistouri à cataracte. La déplétion de l'humeur aqueuse

soulage beaucoup le malade. On peut revenir plusieurs fois à la même opération lorsque le besoin s'en fait sentir, même dans les cas les plus avancés de la maladie (Demours). Quelques praticiens compriment l'œil ensuite à l'aide de quelques compresses et d'un bandage monoculus. Beer assure avoir vu les remèdes intérieurs être plus efficaces après la ponction dont il s'agit. La ponction pourrait aussi dans le même but, être pratiquée sur la sclérotique; mais cette pratique n'est pas toujours innocente, car par la sclérotique on blesse la rétine et quelques nerfs ciliaires. On agit cependant de ce côté avec l'aiguille à cataracte dans les cas d'hydrophthalmie périphérique, ainsi que nous le verrons ailleurs. Du reste, on a vu la simple ponction palliative, répétée souvent, devenir curative à la longue (Nuck, Demours).

3o La fistule artificielle. On ouvre la partie inférieure de la cornée avec la lancette comme dans le cas précédent, puis après on excise avec les ciseaux une partie du lambeau. Le contenu de l'œil se vide par-là petit à petit, et le globe s'atrophie souvent à la longue, ce qui permet ensuite de faire usage d'un œil artificiel.

C. *Curatif.* La plupart des médications qu'on a mises en usage contre l'hydrocèle, ont été aussi employées contre l'hydrophthalmie; 1o la paracenthèse oculaire avec le trois-quart plongé dans le centre de la cornée, ou du côté de la sclérotique. Les uns se contentaient de cette seule manœuvre, les autres faisaient sucer à travers la canule afin de tout vider, ils comprimaient ensuite avec une lame de plomb (Nuck); les autres agitaient la canule en différens sens dans l'œil, afin de provoquer une inflammation adhésive (Woolhouse); 2o l'injection vineuse comme dans l'hydrocèle (Platner); 3o le séton décroissant. On passait avec une aiguille, à travers la cornée, un séton à plusieurs brins séparés, qu'on retirait ensuite successivement à mesure que l'inflammation se déclarait (Ford); 4o la tente. Après avoir ouvert la cornée avec une lancette, on introduisait dans l'œil une tente de charpie ou de linge qu'on laissait pendant quelque temps (Flajani, Manchard). 5o Enfin l'amputation de l'hémisphère antérieur de l'œil. C'est le moyen qu'on met en usage de nos jours. Le malade est assis sur une chaise ou bien couché, sa tête fixée convenablement. On plonge un bistouri à cataracte, ou bien un bistouri à abcès, dans la chambre antérieure, et l'on fait un lambeau comme dans l'opération de l'extraction du cristallin. On saisit le lambeau avec des pinces, et on l'excise avec les ciseaux. L'œil se vide en grande partie; si la cristalloïde est saillante devant la pupille, il faut la piquer avec le bistouri, afin de favoriser l'issue du reste du contenu de l'œil. On panse à sec; le lendemain ou le surlendemain, la coque oculaire se trouve complétement vidée d'elle-même. Un travail de suppuration s'établit alors dans le moignon, qui le convertit en un bouton mobile, susceptible de recevoir un œil artificiel, ainsi que nous le verrons ailleurs. Le précepte de plonger le bistouri sur la cornée est de la plus haute importance, l'excision sur la sclérotique ayant souvent entraîné des accidens fort graves (Scarpa). Dans quelques cas rares enfin, l'extirpation de l'œil pourrait être indiquée; c'est lorsque l'hydrophthalmie se trouve compliquée d'un cancer soit de l'œil, soit de la cavité orbitaire; mais, comme on le voit, cette dernière opération ne peut jamais être réclamée par l'hydrophthalmie uniquement.

No 124. — 18 oct.

PATHOLOGIE INTERNE.

Cours de M. Andral.

Leçons sur les maladies des centres nerveux; recueillies par M. Malherbe.

(Suite du numéro 120).

Des mouvemens convulsifs partiels.

Plusieurs maladies nerveuses, consistant dans une lésion du mouvement, n'ont pas, pour la plupart, reçu de noms spéciaux. Elles ressemblent plus ou moins aux névroses déjà vues et qui étaient, sinon dans quelques cas, une maladie générale : elles sont partielles, n'occupent que certaine étendue, certaines parties du corps, et ne doivent pas nous arrêter longtemps.

Aucun point de l'économie n'est assuré contre ces mouvemens convulsifs partiels : tête, tronc, membres leur fournissent un siége. Les clignotemens, les soubressauts, les convulsions de la face entrent dans le cadre de ces névroses circonscrites.

Un médecin de Rouen cite une fille de 26 ans, qui fut prise de mouvemens continuels et alternatifs de flexion et d'extension de la jambe gauche, et dont la durée fut de trois ans. La malade se portait bien d'ailleurs; aucun trouble du côté du cerveau ne se manifesta. Au bout de trois ans survint une ophthalmie qui devint chronique, et la première affection disparut subitement.

M. Andral rapporte l'observation d'une femme de 33 ans, qui toutes les cinq ou six minutes, avait des contractions générales involontaires qui persistèrent pendant deux ans, après lesquels elles cessèrent insensiblement. Des frictions avec la pommade stibiée furent faites sur la colonne vertébrale.

Lorsqu'une contraction partielle et permanente s'attache à quelque partie du corps, il en résulte des changemens de forme, de volume, de rapports, etc., dans ce point de l'économie.

Dans des cas, on trouvera sans doute des lésions, soit du cerveau, soit de la moelle rachidienne, qui expliqueront amplement les phénomènes observés pendant la vie : mais peut-on se flatter d'en rencontrer toujours? Non, certes, et s'il en existait constamment, ces désordres qui se montrent à l'extérieur se termineraient-ils si brusquement dans un assez grand nombre de circonstances? Tout rentrerait-il si heureusement dans l'ordre? Peut-on et doit-on faire de ces maladies autre chose que de simples névroses?

Cette contraction continuelle dont nous venons de parler, s'est vue à la face, à la bouche, aux muscles des mâchoires, et alors les individus grimacent de diverses manières, selon les muscles qui sont pris. Chez l'un, la bouche est distordue; un autre a les mâchoires fortement resserrées (trismus); tel autre présente une bouche béante. Semblable trouble se remarque du côté du cou chez certaines femmes hystériques pendant leurs accès, ou dans les intervalles qui les séparent, et on conçoit combien les attitudes, les inflexions, les positions de la tête doivent être variées.

M. Andral a vu une fille hystérique, atteinte de contraction telle que la tête était penchée d'un côté, et les regards dirigés de l'autre. Cet état ne fut que de quelques jours. Est-il probable qu'il y eut altération matérielle de l'encéphale?

Vers les membres supérieurs, on est frappé de voir des malades jusqu'alors bien faits, paraître tout à coup avec une épaule plus haute que l'autre, et le lendemain les avoir toutes deux de niveau. Est-il moins surprenant que la maladie saute pour ainsi dire d'un côté à l'autre, cela instantanément et d'une manière spontanée? Les muscles du bras, de l'avant-bras peuvent être le siége de pareilles contractions, d'où une foule de positions qui durent de quelques minutes jusqu'à un grand nombre de jours quelquefois, puis cessent subitement en même temps que leur cause.

Aux membres pelviens, pareilles modifications dans l'action musculaire.

Du côté du tronc, on le retrouve encore. M. Andral a été consulté par une jeune fille dont le torse était incliné, courbé à droite de manière à former presque un angle aigu avec les membres inférieurs. La jeune personne était depuis longtemps déjà dans cet état; du reste, aucun dérangement dans toutes les autres fonctions. Le célèbre praticien auquel on s'est adressé, pense qu'il n'y a qu'une simple gravité, dont les conséquences ne doivent point faire naître de craintes, et qui guérira un jour.

Les muscles qui du tronc vont aux membres thoraciques ou pelviens, sont susceptibles de contractions de cette nature et capables d'en imposer pour des luxations. Chez des femmes, on a vu assez souvent un membre inférieur raccourci avec la pointe du pied en dedans, et le raccourcissement être porté à deux pouces. Si vous les interrogez sur ce qui a pu produire ce phénomène, les causes ne manqueront pas, elles vous en désigneront mille, tandis qu'il n'y en a point de connues. Ne vous laissez pas non plus abuser par l'apparence du déplacement des parties osseuses; elle n'est que feinte et n'a rien de réel; il n'y a là qu'un état spasmodique des muscles qui a pour effet le rapprochement de la hanche et des côtes du côté affecté. On arrive bientôt à un diagnostic certain par rapport à la prétendue luxation, si l'on mesure la distance du grand trochanter à la rotule, celle du premier de ces deux points à la crête iliaque, celle enfin de cette dernière partie osseuse aux dernières côtes. Faite également des deux côtés, cette mensuration prouvera qu'entre l'un et l'autre la différence de longueur relative se réduit à celle comprise entre l'iléum et les dernières fausses côtes. Le déplacement des os est donc nul; les surfaces articulaires n'ont pas changé de rapports. Il est peut-être encore une cause d'erreur à signaler; c'est qu'en effet le membre paraîtra quelquefois raccourci, d'après la direction qui lui a été imprimée. L'illusion ne subsistera plus pour peu qu'on prenne les mesures en conséquence.

Dans quelques cas il est possible de détruire le raccourcissement par une traction forte, et de faciliter ainsi le diagnostic. M. Andral a vu à l'hôpital Cochin une vieille femme dont l'observation est bien propre à confirmer son opinion sur la nature des contractions qui nous occupent.

Cette femme avait un membre inférieur moins long que l'autre (il le paraissait du moins), et un beau jour elle surprit le médecin par sa guérison subite.

Une femme avait été aliénée et était revenue à la raison: quelque temps après elle est prise d'essoufflement et de palpitations qui disparaissent et font place à une migraine accompagnée de douleurs au corps; tout à coup survient une paralysie du bras droit, remplacée par un raccourcissement subit du membre abdominal du même côté. Le défaut de longueur fuit à son tour devant une perte de la sensibilité cutanée, et au bout d'un certain temps la personne sort enfin de l'hôpital, emportant avec elle une parfaite santé.

Comme bien d'autres névroses, la contraction, sans égard à son siége, peut être intermittente, périodique. Inconstante dans sa durée, elle est quelquefois, comme nous venons de le voir, suivie d'une autre affection nerveuse qui souvent n'est que passagère. Son invasion peut être prompte ou non, et s'annoncer par des douleurs. Le raccourcissement des membres auquel elle donne lieu a été observé sur des femmes principalement, et de l'âge de 15 à 35 ans.

Si on avait l'occasion de faire des recherches sur le cadavre, assurément on n'y rencontrerait pas de lésions du système nerveux. La mobilité, la fugacité de la maladie, ne permettent-elles pas cette assertion?

Traitement. Il se compose des antispasmodiques à l'intérieur et à l'extérieur, de bains locaux ou généraux, simples ou sulfureux; de douches, d'onctions, de frictions avec les préparations de belladone ou de ciguë, de lotions avec le cyanure de potassium, de vésicatoires, de moxas, etc. Les purgatifs, les révulsifs à l'intérieur peuvent aussi être employés.

Du rire convulsif.

Le rire nerveux ou convulsif est quelquefois lié à des troubles nerveux graves, et peut alors inspirer des craintes. Chez un individu qui en était atteint, on ne l'a fait céder que par l'application d'un bandage sur les yeux.

De l'éternument.

S'il est trop violent, trop prolongé, comme on en a vu un cas dans lequel sa durée fut de onze jours, il



deviendra un état de maladie et réclamera l'emploi de moyens propres à le détruire, tels seront les vésicatoires sur les fosses du nez, à la nuque, les vomitifs dans certaines circonstances, etc.

Du hoquet.

Comme les deux sortes de névroses précédentes, celle-ci n'a pas non plus besoin d'être définie pour être reconnue. Qui n'en a été témoin? Qui ne l'a éprouvée?

Rarement le hoquet est un état morbide; souvent il est l'effet d'une ingestion trop considérable ou trop rapide d'alimens. Il n'est pas du tout rare après un repas sans boire; mais il se voit aussi très-fréquemment chez les ivrognes dont l'estomac est rempli, gorgé de vin. Dans tous ces cas il signifie peu de chose. Au contraire, lorsqu'il est symptômatique d'une autre maladie, et on sait qu'il accompagne assez ordinairement les hernies étranglées et plusieurs autres affections, soit cérébrales, soit gastriques, etc., il est en général d'un assez mauvais augure. Il se montre sans cause connue quelquefois, et devient dans certaines circonstances tellement grave et opiniâtre, qu'il constitue une véritable maladie. Il naît aussi parfois à l'occasion de fortes impressions morales.

Un médecin de Rouen rapporte qu'un jeune paysan de dix-sept ans éprouva successivement :

1° Dans le dos une sensation de frottement semblable à celui que produirait une étoffe de soie.

2° A l'épigastre, pareille chose.

3° Le hoquet; tout cela dura deux ans, au bout desquels la sensation indiquée se propagea au col, au bras, aux avant-bras et à la tête. Cependant le hoquet persistait. Plus tard, la même sensation gagna les doigts; plus tard encore il s'y forma des nodosités, et c'est alors que la sensation et le hoquet disparurent.

Traitement. Il suffit ordinairement, pour guérir le hoquet, d'avoir recours à des moyens simples et bien faciles. Ils consistent, par exemple, à suspendre le plus longtemps possible la respiration, à ingérer lentement des boissons froides, glacées, acidulées avec les acides minéraux surtout; à donner la limonade sulfurique, qui jouit d'une grande efficacité, à porter son attention fortement sur un objet étranger, etc. Bien souvent une émotion morale le chasse promptement. D'autres fois on est forcé d'en venir à d'autres moyens plus énergiques. C'est alors qu'on met en usage les antispasmodiques, tels que le musc, la valériane, etc., les opiacés, les vomitifs quelquefois, l'antipériodique par excellence, le quinquina quand il y a intermittence. A l'extérieur, on applique la glace sur l'épigastre, les ventouses sèches et scarifiées, des vésicatoires et même des cautères avec le fer rouge, à la base de la poitrine, au-dessous de l'appendice xyphoïde : il arrive même qu'il faille promener les deux derniers surtout autour du diaphragme.

De la paralysie du mouvement.

Au lieu d'être exalté ou perverti, le mouvement peut être aboli, paralysé.

Cette sorte de paralysie est le plus souvent symptômatique d'une lésion du cerveau ou des nerfs; mais dans d'autres cas, elle se montre primitive et indépendante d'aucun autre trouble, et est seule toute la maladie. C'est ce dernier cas qui va nous occuper.

Et d'abord, si dans la paralysie provenant d'une altération quelconque de l'encéphale ou des cordons nerveux les désordres anatomiques sont appréciables, en est-il de même dans la paralysie idiopathique qui d'ailleurs sera plus ou moins intense, plus ou moins étendue? Pour répondre à cette question, on peut s'aider de plusieurs moyens à la tête desquels figure l'anatomie pathologique, et après laquelle viennent se ranger les symptômes, la marche, les causes, etc., de l'affection.

Jusqu'à nos jours, les recherches anatomico-pathologiques relatives à la paralysie que nous étudions n'ont démontré qu'elle se rattachât à une lésion constante et positive. Bien plus, c'est que très-fréquemment le scalpel le plus habile n'a rien trouvé pour l'expliquer. (*Voir* à ce sujet le travail de M. Lélut).

Quant aux symptômes, ils peuvent servir à faire reconnaître que la paralysie est idiopathique, en ce qu'alors ils se manifestent sans qu'on observe des troubles du côté des centres nerveux, etc.; tandis qu'il est rare en effet que la paralysie symptômatique ne soit pas accompagnée de quelque phénomène attestant quelque désordre du système encéphalo-rachidien. Toutefois, ne faut-il accorder à ce genre de preuve que la valeur qu'il mérite.

Sous le rapport de la marche, on voit des paralysies qui disparaissent pour revenir, qui quittent certaine partie du corps pour s'emparer d'une autre. Et les causes prouvent-elles davantage des lésions des centres nerveux dans cette affection? Non, sans doute; car ne voit-on pas cette maladie survenir après quelques autres; ne remplace-t-elle pas souvent, par exemple, le rhumatisme musculaire, et ne se montre-t-elle pas alors locale et partielle, sans que le cerveau et la moelle vertébrale soient en rien compromis? Il y a aussi une grande influence du monde extérieur dans la production de la paralysie. Ainsi, en Espagne, on observe une maladie endémique, sorte de rhumatisme, qui frappe sur le canal digestif et qui s'accompagne de paralysie : elle est rare en France. Dans les Indes, on en remarque une qui est encore parfois suivie du même accident; elle est connue sous le nom de *Béribéri*.

Dans les contrées froides, il n'est pas rare de rencontrer des individus paralysés par l'action même du froid; et notre pays en fournit lui-même des exemples. Qu'un homme ait une partie du corps exposée à un courant d'air, les autres en étant préservées, n'arrive-t-il pas, dans plusieurs circonstances, que cette partie soit seule atteinte de paralysie? Est-il donc difficile ici de remonter à la cause?

Certaines substances ingérées et absorbées ont le privilége de déterminer des paralysies : tel est le plomb qui produit celle des membres supérieurs. D'autres donnent lieu à d'autres phénomènes : tantôt à des tremblemens, tantôt à des convulsions, etc.

Un trouble subit de l'innervation, une émotion morale vive, forte, peuvent occasionner la paralysie; celle de la face, de la langue et autres en sont assez fréquemment le résultat. Elles s'en retournent souvent comme elles sont venues, et par le jeu de la même cause. On en a vaincu plusieurs fois à l'aide de l'électricité, d'autres fois elles ont résisté; mais s'étonnera-t-on de cet insuccès quand on saura que la plupart de celles qui ont été rebelles étaient dues à une lésion matérielle, à une hémorrhagie, etc.? On n'est pas surpris qu'une personne se trouve mal en apprenant une mauvaise ou même une bonne nouvelle; dans ces deux circonstances, qu'y a-t-il de différent? rien, sinon la cause. Mais si la perte du mouvement, indépendamment de son étendue, peut se déclarer à l'occasion d'une influence morale, elle peut aussi être guérie de la même manière. M. Andral a vu une jeune fille qui, paralysée depuis longtemps, a recouvré le mouvement par l'effet du magnétisme. Or, nous verrons bientôt jusqu'à quel point il faut croire au mesmérisme.

Plus nous remontons dans le passé, plus nous trouvons de cas de paralysie guérie par une modification apportée dans le moral des malades, par la croyance aux miracles qui de nos jours est considérablement tombée. Nous avons déjà parlé de guérisons opérées au tombeau du diacre Pâris; en voici un fait qui n'est pas sans intérêt.

Mademoiselle Hardouin, prise tout à coup, le 15 septembre 1725, d'une paralysie des jambes, tomba quel que temps après apoplectique: on la saigne; la première affection persiste, et quatre médecins la jugent incurable. M. Parent, de la chambre des Comptes, certifie, ainsi que beaucoup d'autres, qu'ils ont vu cette jeune personne longtemps paralytique. Un autre médecin constate de nouveau la paralysie, et de plus l'embarras de la langue: la maladie durait depuis six ans, surtout à gauche, et faisait des progrès. On propose à la demoiselle d'aller la placer sur le tombeau du diacre; elle s'y refuse d'abord, parce qu'elle ne croyait pas, disait-elle, que cette démarche lui valût le retour à la santé: son confesseur ne lui conseillait pas non plus d'y consentir. Le médecin consulté est moins difficile; il permet de recourir à ce moyen, et ajoute qu'il se convertira si la malade guérit. Celle-ci est donc transportée à St-Médard, et sitôt qu'elle est posée sur le tombeau, elle est prise de mouvemens convulsifs dans tout son corps; on la retient avec beaucoup de peine sur le monument, puis on la porte dans un autre endroit de l'église, et *ah! mon Dieu!* sont les premiers mots qu'elle prononce, car elle avait depuis longtemps perdu la parole. M. Duverger dit qu'on la replaça sur le tombeau, et qu'ensuite elle se fit transporter rue Geoffroy-l'Anier. où elle demeurait; qu'arrivée là, elle put monter son escalier seule, agir et parler comme avant sa maladie. De retour chez elle, elle fait appeler son chirurgien qui affirme l'avoir vue parlant et marchant aussi facilement que lui-même, et il en délivre un certificat. Voilà, certes, un cas bien curieux et bien propre à faire crier *au mi- cle!* Mais demandez à l'imagination de pareils malades quelles modifications elle a subies; demandez-lui quel rôle peuvent jouer ces modifications, et jusqu'où peut aller leur puissance: elle vous dévoilera le miracle, c'est elle qui vous exposera tout le merveilleux de la cure.

De tout ce que nous avons dit jusqu'à présent, et d'après le fait que nous venons de rapporter, quelle conclusion peut-on légitimement tirer sous le rapport des altérations pathologiques dans la paralysie? Que cette maladie peut exister sans que les centres nerveux soient intéressés; et en effet, les dissections faites à cet égard l'ont prouvé jusqu'aujourd'hui; peut-être serait-il possible que plus tard, à force de perfectionnement, elles fournissent d'autres données; mais sera-ce dans ce cas? Le trouble fonctionnel est donc la seule lésion.

Une fois admise, et nous l'admettons, la paralysie dont nous traitons se montrera partielle ou générale. Il n'est pas extrêmement rare de rencontrer des individus qui louchent subitement par l'effet d'une impression morale vive, à la suite de maladies si graves.

M. Andral a disséqué le cadavre d'une femme qui avait été, après une fièvre sérieuse, atteinte d'un strabisme auquel il fut impossible d'assigner une cause appréciable.

La face, la langue, et de même toutes les autres parties du corps, peuvent en être affectées. Il serait inutile d'en traiter séparément; disons seulement quelques mots de la paralysie de la face.

Elle se voit sans que le système nerveux central présente aucune altération; c'est donc le nerf facial, ou portion de la septième paire, qui est frappé. La cinquième paire (nerf trifacial, Ch.) n'entre point dans la maladie, puisqu'elle appartient aux nerfs de la sensibilité et qu'ici cette sensibilité est conservée. Mais quel est alors l'état du nerf facial? a-t-il subi quelque modification morbide; n'en a-t-il éprouvé aucune? Certainement l'anatomie pathologique montrera dans des cas de nerf plus ou moins lésé. Ainsi on l'a vu attaqué et compris dans plusieurs maladies du conduit auditif. D'autres fois, au contraire, on a constaté sa parfaite intégrité, et c'est ce qui arrive lorsque la paralysie est l'effet de l'exposition à un froid continuel, à un courant d'air, etc., et qu'elle cesse tout d'un coup.

Début, symptômes, etc. Le début est lent ou subit sans douleurs le plus souvent: quelquefois il en existe de sourdes, de vagues. Les symptômes portent spécialement sur le mouvement. Les muscles de la bouche, de l'œil du côté affecté sont relâchés, de sorte que la face grimace d'une manière bizarre, la bouche est déviée, le malade ne peut ni souffler, ni siffler; l'œil rouge et larmoyant ne peut être ouvert ni fermé; la peau du front n'est ridée que d'un côté; rien d'ailleurs, la langue est intacte ainsi que la sensibilité.

La durée n'a rien de fixe, de constant; se réduisant tantôt à quelques jours seulement, elle est tantôt de plusieurs mois, de plusieurs années, quelquefois même elle est aussi longue que la vie. La guérison est assez rapide ordinairement quand la maladie dépend de causes telles que le froid, les impressions morales, etc.;

mais si le nerf est matériellement pris, il n'est plus permis de compter sur une pareille terminaison. L'invasion subite de la paralysie doit en rendre le pronostic moins grave.

Traitement. Il se compose d'évacuations sanguines, d'excitans sur les points intéressés; les vésicatoires de petites dimensions, l'électricité, l'électro-puncture sont des moyens employés avec avantage. Il peut se faire qu'une guérison spontanée dispense d'y recourir.

Quatrième classe.—*Névroses par troubles de différentes fonctions.*

Il est des états morbides dus à la lésion des fonctions des divers appareils de l'économie, et qui ne sont autre chose que des névroses dont l'histoire ne veut être faite qu'à propos des maladies diverses auxquelles sont sujets ces mêmes appareils. Nous nous bornerons donc ici à leur simple énumération, sans rentrer dans des détails qui ont été donnés dans le cours de l'année dernière, lorsqu'il s'est agi des lésions des différens organes auxquels se rapportent les névroses dont nous formons notre quatrième classe.

Il y a des conditions générales, nous ne dirons pas constantes, qui favorisent le développement de ces névroses, et nous devons signaler surtout l'état de faiblesse dans toute la machine animale, l'épuisement provenant d'une dépense trop considérable de fluide nerveux, ou d'une perte trop abondante de sang.

Les maladies, celles de nature inflammatoire, par exemple, prédisposent aussi à contracter ces sortes d'affections. C'est ainsi qu'on voit une gastralgie succéder à une gastrite. Notons toutefois que le contraire peut avoir lieu, et qu'une névralgie marquera le commencement d'une autre maladie. Ne sait-on pas, en effet, qu'une gastralgie a quelquefois masqué le début d'un cancer de l'estomac?

Digestion. L'appareil digestif peut être le siége de névroses portant un caractère différent. Dans un cas la sensibilité sera exaltée, il en résultera ce qu'on appelle gastralgie. Dans un autre, le mouvement péristaltique sera troublé; des tumeurs nerveuses simulant des tumeurs réelles dans l'abdomen (boules antipéristaltiques), et accompagnées parfois de douleurs semblables à celle de l'étranglement, viendront en imposer pour cette dernière maladie, tandis qu'on n'aura eu affaire qu'à un trouble nerveux qui aura entraîné la perturbation de l'action musculaire du système intestinal, et dont un bon jour le malade se trouvera guéri comme par enchantement.

Le vomissement nerveux est encore une perversion de l'action musculaire des organes digestifs. La dyspepsie en est un autre mode. On comprend bien que dans tous les cas le mouvement péristaltique n'est pas régi par la même modification; tantôt il est augmenté, tantôt il est diminué; tantôt enfin il est aboli.

Circulation. On voit des douleurs du cœur qui sont de pures névroses qui peuvent, à la vérité, amener autre chose à leur suite. La sensibilité est alors lésée; mais l'agent principal de la circulation est sujet à des troubles qui se rattachent à ses mouvemens, d'où les palpitations, l'irrégularité du pouls, etc.; d'où encore, dans des cas contraires, c'est-à-dire dans lesquels les contractions sont suspendues, une syncope qui peut devenir mortelle, si le jeu de l'organe ne se rétablit assez tôt.

Y a-t-il des névroses des vaisseaux sanguins? On en a décrit pour les artères, et cependant l'état actuel de nos connaissances se refuse à ce qu'on les admette bien positivement.

Du côte du système-capillaire, on observe des changemens remarquables sous l'influence d'un trouble nerveux; on y apprécie une modification de la circulation, qu'atteste assez clairement la rougeur ou la pâleur de la partie qui en devient le siége.

A chaque instant on peut surprendre ce phénomène sur le visage de personnes facilement impressionnables. De cet état de rougeur, qui n'est à proprement parler qu'une congestion à un degré variable, il n'y a qu'un pas à l'inflammation, ce qui ferait supposer que dans bien des circonstances l'inflammation est le résultat d'un trouble nerveux. La circulation peut être comprise dans tout son ensemble, être activée, ralentie, etc., en sorte que la température du corps s'élève ou s'abaisse. Dans des cas, on aura un refroidissement, dans d'autres un excès de calorification, d'où la fièvre nerveuse, maladie qui a ses symptômes, sa marche, etc.

Respiration. Elle a aussi ses névroses : certaines dyspnées ont incontestablement le caractère nerveux. Leur siége peut être dans les muscles des parois thoraciques, dans ceux du larynx, dans les bronches et même dans les vésicules pulmonaires. Mais comment s'expliquer qu'elles occupent de pareils points? On a dit que les poumons pouvaient se carnifier en quelque sorte; c'est-à-dire que dans les petites bronches et dans les vésicules pouvaient se développer des fibres musculaires. Cette assertion est-elle fondée? Certains phénomènes pathologiques tendraient à le faire croire.

La toux est quelquefois, comme on le sait, purement nerveuse.

Il serait superflu de signaler les causes de ce genre de névroses; nous aurions à reproduire la plupart de celles que nous avons déjà plusieurs fois désignées à l'occasion de maladies de la même nature. Dirons-nous, par exemple, que les émotions morales fortes apportent de grands et de nombreux changemens dans l'acte respiratoire?

Sécrétions. La sueur abonde ou devient nulle sous l'influence de la peur. On a vu les cheveux tomber en peu de temps; on les a vu blanchir subitement chez des individus vivement impressionnés. Les muqueuses ne sont-elles pas soumises à des vicissitudes, sous le rapport de leur sécrétion, lorsque des causes de ce genre agissent sur elles? Voyez le ventre de certaines hystériques, combien de fois par jour il se ballonne! Les larmes, la salive, les urines, de quelle versalité ne sont-elles pas susceptibles dans les névroses? N'y a-t-il pas même des urines qu'on appelle nerveuses, et qui sont

bien caractérisées par leur couleur blanche, ou plutôt parce qu'elles sont incolores, légères, limpides comme de l'eau de roche, inodores, etc.?

La caloricité passe aussi par des états différens, et se trouble sous l'influence de secousses morales.

Cinquième classe. — *Névroses par modification générale des forces vitales.*

Dans l'exercice des fonctions, le rôle que remplit le système nerveux est des plus grands, on pourrait dire qu'il est immense; chaque fonction en reçoit une influence particulière qui ne ressemble nullement à celle par laquelle il régit l'économie en général. Mais au milieu de ces impulsions spéciales qu'il imprime à chaque partie de l'organisme, subsiste une action d'ensemble pour la coordination de tous les actes dont cet organisme est capable.

Chaque puissance vitale partielle aboutit à un centre unique, à la force vitale, c'est ainsi qu'on l'appelle.

Quel que soit le point de vue sous lequel on envisage cette force vitale, il est inutile de chercher jusqu'à quel degré elle se rapproche des autres forces naturelles. Inconnue dans son essence, elle est pour nous l'expression d'un fait. On ne saurait nier, en effet, qu'il existe dans l'homme une puissance, une force, un quelque chose, si on l'aime mieux, qui règle les phénomènes vitaux, qui les lie, les unit, qui, toutes les fois que la santé éprouve des attaques, établit une série des mouvemens tendant tous au même but, à rétablir l'équilibre de la machine, à rappeler l'harmonie entre tous les rouages qui la constituent si admirablement.

Cette force vitale, quelle qu'elle soit, est sans doute susceptible d'être modifiée, et il est une série de phénomènes sous lesquels elle peut se montrer dans ses états différens de modification. Chez des individus, elles se conserve la même, demeure normale et tout marche régulièrement; chez d'autres elle a trop d'activité, trop d'énergie; c'est un excès, une exaltation qui constituent la maladie; chez une troisième classe le contraire a lieu, il n'y a plus redondance, mais diminution, défaut de cette force, et c'est encore un état de maladie; chez une quatrième enfin, elle est pervertie et s'exerce d'une manière bizarre, voilà un troisième état morbide.

Il y a donc pour la force vitale quatre modes d'être:

Le premier n'est que l'état de santé dont nous n'avons rien à dire; le deuxième est désigné par le mot hypersthénie; le troisième a reçu le nom d'asthénie; le quatrième enfin porte celui d'ataxie.

N°s 126 et 127. — 22 et 25 Oct.

HOPITAL DE LA PITIÉ.

M. Lisfranc.

Traitement de l'ulcère simple dit atonique. (Leçon recueillie par M. A. Forget, interne.)

Après avoir étudié les causes, le mode de développement et la nature de l'ulcère simple, il vous sera facile de comprendre que sa thérapeutique ne saurait être rationnelle, si l'on prend pour base une méthode exclusive quelconque. Aussi, comme pour le traitement de la plupart des affections chirurgicales, vous nous verrez régler notre conduite sur les principes d'un éclectisme raisonné et fondé sur les indications.

Lorsque le malade est fort, pléthorique, que son ulcère fait des progrès, que les bords sont rouges, douloureux, indurés, la saignée pratiquée au bras a l'avantage, d'abord d'agir comme moyen antiphlogistique, et ensuite elle a une action dérivative bien tranchée qui concourt à diminuer les accidens. On place le membre sur un plan incliné, formant avec l'horizon un angle de 50° environ à sinus inférieur, dont la partie supérieure correspond au talon, l'inférieure à la tubérosité sciatique. Je me serais borné à vous dire seulement que le membre devait être placé sur un plan incliné, si je m'étais servi du langage vague de la faculté de médecine de Paris, donc j'ai eu si souvent l'honneur de mériter la colère pour avoir eu l'audace, surtout dans mes cours de médecine opératoire, d'appliquer quelques connaissances géométriques à la description des opérations. On se rappelle la manière scandaleuse dont elle m'a attaqué, malgré, j'ose le dire, les succès que j'avais obtenus.

Le cataplasme émollient a été conseillé par la plupart des praticiens dans l'intention de nettoyer la surface de l'ulcère, de hâter la chute des escarres, de détruire l'irritation lourde et de combattre les indurations: c'est un moyen excellent qui remplit d'ordinaire le but qu'on se propose d'atteindre. Mais j'ai remarqué qu'en général on se hâte trop d'en faire abstraction dès que les résultats que l'on a en vue ont été obtenus; il ne faut le supprimer qu'autant que la cicatrisation ne se fait pas, que les bourgeons charnus deviennent exubérans. Si celle-ci, au contraire, fait des progrès, continuez-le; vous ne pouvez lui substituer un moyen plus efficace, puisqu'il guérit. Dernièrement vous avez observé dans la salle Saint-Antoine un vaste ulcère siégeant sur la jambe gauche d'un malade couché au n. 11, dont la cicatrisation a été obtenue par le seul usage du cataplasme, dans un temps plus court que si on avait mis en usage d'autres moyens.

Vous venez de voir les antiphlogistiques et les émolliens ramener l'ulcère dans des conditions favorables au travail de cicatrisation; en sera-t-il toujours de même? Non, assurément. Si les parties molles sont dans un état d'induration lardacée, les agens thérapeutiques simples que nous venons d'exposer demeureront ordinairement impuissans: en général, vous ne pourrez cicatriser la solution de continuité avant que cet état pathologique ne soit détruit. On sait, en effet, que la cicatrice s'établit très-difficilement sur des tissus anormaux, et qu'elle y est beaucoup moins solide.

Il faut donc préalablement tâcher de ramener les parties à leur état physiologique; pour atteindre ce but, l'action des chlorures sera inutile: on doit, comme dans tous les engorgemens blancs, se régler sur les indications et combiner entre eux les antiplogistiques, les fondans et les excitans.

Dans les ulcères anciens accompagnés d'indurations un peu étendues, et des symptômes d'une sub-inflammation légère, les moyens antiphlogistiques que nous avons indiqués plus haut peuvent ne pas suffire : on doit alors recourir à quelques applications de sangsues en assez grand nombre, faites non pas autour de l'ulcère, mais bien toujours à la partie supérieure de la jambe pour les raisons que nous avons indiquées ailleurs. (*Voir* la Lancette française, leçons sur les tumeurs blanches.)

Si la sub-inflammation est nulle ou presque nulle, on met en usage les moyens fondans.

La pommade d'hydriodate de potasse, les sangsues en petit nombre (toujours à la partie supérieure de la jambe), la compresion, etc., sont employées d'après les indications et les principes que nous avons posées dans nos leçons sur les tumeurs blanches. (*Voir* la Lancette.)

Il arrive souvent que les indurations résistent aux moyens que nous venons d'indiquer, quoique les amers, les dépuratifs et les fondans soient administrés à l'intérieur ; dans ce cas, si l'ulcère, bien qu'il ne présente pas de végétations insolites, bien qu'il ne soit pas muqueux, n'offre pas trop d'inflammation, on touche très-légèrement sa surface dans l'étendue d'une pièce de vingt à trente sous avec le proto-nitrate acide liquide de mercure, et cela dans l'intention non pas tant de désorganiser les tissus que de modifier les forces vitales qui les régissent.

Un fait remarquable, c'est que quand ce moyen réussit, son effet s'étend même aux points de la surface ulcérée qui n'ont point été touchés ; et qui plus est, vous avez vu au n° 1 de la salle Saint-Louis, un ulcère de la paroi abdominale avantageusement modifié par la cautérisation pratiquée sur une pareille solution de continuité siégeant à la partie supérieure de la cuisse.

Ne cautérisez jamais quand l'ulcère est trop excité, vous agiriez au bénéfice de la maladie ; détruisez préalablement ce surcroit d'excitation, et pour cela ayez recours surtout à la saignée dérivative.

S'il arrivait que la cautérisation excitât trop, que l'ulcère devînt douloureux, que les bords rougissent, que leur caloricité augmentât, vous auriez dépassé le but que vous vous proposiez d'atteindre. Il faut vous hâter d'appliquer le cataplasme émollient, et de pratiquer au bras une saignée dérivative de une ou de deux palettes suivant la constitution des sujets.

A quelle époque doit-on renouveler l'application du caustique ?

Tous les huit jours environ, je dis environ, car les accidens qu'elle peut déterminer exigent qu'on la fasse plus tard : on ne la répète pas tant que l'amendement qu'elle a produit continue sa marche.

A. Paré pratiquait sur les indurations des scarifications, dans le but, disait-il, de dégorger les tissus des sucs dépravés qu'ils contiennent. C'est là une explication vicieuse entachée des idées d'humorisme qui étaient en vigueur à l'époque où ce chirurgien écrivait, et auxquelles tout son genie n'a pas su le soustraire.

Nous avons remis en usage ces scarifications, et nous sommes assuré qu'elles agissent à la manière des fondans et des excitans.

Les preuves de l'excitation qu'elles déterminent se trouvent dans l'aréole inflammatoire qui se dessine autour d'elles, dans la légère augmentation de chaleur qui se manifeste ordinairement ; elles doivent toujours être pratiquées à une assez grande distance les unes des autres, pour que les cercles inflammatoires qui les entourent ne se réunissent pas.

Il peut arriver qu'elles ne produisent aucun effet thérapeutique ; on y a recours de nouveau, et on les abandonne si on n'est pas plus heureux.

Le plus souvent elles sont suivies de l'excitation que nous avons indiquée ; dans ce cas, on ne les renouvelle que lorsque les effets qu'elles ont obtenus ont cessé, et que l'amendement qu'elles ont amené ne fait plus de progrès.

Elles provoquent quelquefois une vive inflammation qu'il faut se hâter de combattre par tout l'appareil des moyens antiphlogistiques, parce que cette phlegmasie, siégeant sur des indurations où la vie a peu d'énergie, produirait promptement la gangrène, comme on l'observe sur les tissus œdémateux scarifiés.

Quant l'excitation a cessé, que les plaies sont cicatrisées, que le volume des parties ne diminue pas, la compression doit être employée : elle a presque constamment de très-heureux résultats.

Ces scarifications sont assez douloureuses dans la plupart des cas, les malades y répugnent ; et quoique nous en ayons obtenu de très-bons effets, nous ne les employons qu'après avoir vu échouer tous les autres moyens.

Il est une méthode que j'ai vu réussir quelquefois entre les mains de plusieurs chirurgiens militaires : je veux parler de l'incision cruciale des ulcères. On ne pourrait la mettre en usage que dans les cas extrêmes quand les indurations n'ont pas trop d'étendue : elle produit une saignée locale qui s'oppose ordinairement au développement d'une trop forte excitation ; et comme dans les circonstances où nous avons fait des lambeaux avec des tissus lardacés non squirrheux, elle donne d'heureux résultats. Il faut d'ailleurs se tenir en garde contre une explosion inflammatoire qui, à la rigueur, pourrait avoir lieu.

Dans les ulcères accompagnés d'induration cartilagineuse qui a résisté à toutes les médications, j'ai, à l'aide de deux incisions semi-lunaires, circonscrit et enlevé l'ulcère et le tissus cartilagineux situés au-dessous et à l'entour de lui : on comprend aisément que cette opération n'est applicable que contre les solutions de continuité peu étendues et bien limitées ; dirigée contre les ulcères très-vastes, qu'il n'est pas rare de rencontrer, elle aurait de graves inconvéniens en raison de la grandeur de la plaie qu'elle déterminerait.

—

Hernie étranglée ; opération ; Anus contre-nature ; application intempestive de l'entérotome de Dupuytren; mort ; réflexions sur la pratique irrégulière suivie par le chirurgien.

Martigny (Louise-Charlotte, âgée de 56 ans, journalière, avait une hernie crurale gauche depuis dix-huit ans. Cette hernie, grosse comme une noix, rentrait ou sortait aisément. La malade ne portait pas de bandage, et n'avait jamais eu aucun accident de ce côté.

Le 17 avril 1835, à la suite de vomissemens, une tumeur douloureuse parut dans l'aîne gauche.

Quelques jours après, un chirurgien fit de vains efforts pour la réduire. Des symptômes d'inflammation se déclarèrent, et furent calmés par dix sangsues et un bain. Les vomissemens avaient cessé ; les selles n'avaient pas été interrompues.

La malade n'est entrée que le 26 du même mois à la Charité. Le pli de l'aîne gauche présente une tumeur rouge, inégale, qui dépasse le volume d'un œuf. Le gonflement et la tension s'étendent depuis le pli de l'aîne jusqu'à deux pouces au-dessus ; il y a quelque chose d'œdémateux ; la tumeur est mobile à sa base ; son pédicule remonte vers le canal crural ; elle est située en dedans et au-devant des vaisseaux cruraux. Il y a des douleurs abdominales qui ne sont pas permanentes, et de fortes douleurs dans la tumeur. On remarque dans les vomissemens des matières stercorales moulées, cylindriques, en petite quantité, et d'autres délayées, qui leur communiquent leur teinte.

Le 27, à la visite, deux selles ont eu lieu. Le pression du ventre est très-douloureuse. Les efforts répétés du taxis ont été inutiles. L'opération est pratiquée sur-le-champ. Il est à remarquer que le bistouri, avant d pénétrer jusqu'au sac, fut obligé de traverser une masse, soit graisseuse, soit de ganglions lymphatiques. Il se dégage ensuite des gaz avec odeur gangréneuse. Il y a aussi du pus bien caractérisé et gangrène d'une portion considérable de l'intestin. On excise les parties mortifiées, et deux incisions furent faites au siége de l'étranglement.

Le 30, aucuns symptômes généraux. L'appareil est imbibé de matière. Les bords de la plaie sont rouges, enflammés. Les matières fécales baignent la plaie, et sont mêlées à la suppuration. Il y a une masse qui se laisse déprimer et qui est ou un ganglion lymphatique, ou un kyste qui se développe.

Le 2 mai, les coliques ne reviennent pas. Il y a du sommeil. Les matières fécales sortent en moins grande quantité par la plaie (quart de portion).

Le 6, les douleurs presque nulles, excepté lorsque les matières sortent. Les bords et le milieu de la plaie sont d'un rouge vif. Les bourgeons charnus se développent, et l'ouverture se rétrécit.

Le 10, pour forcer les matières à passer dans l'intestin inférieur, une compression est établie avec des boulettes de charpie.

Le 11, un peu de fièvre ; langue naturelle. La peau qui environne la plaie est enflammée, et il y a menace d'érysipèle. Incision comprenant tout le trajet qui passait sous la masse de végétations, et qui est continué jusque vers la branche descendante du pubis, où s'était formé un foyer dans lequel s'engageaient les matières fécales.

Entérotome. Le 14 du même mois (c'est-à-dire le seizième jour après l'opération), le doigt, porté dans l'ouverture de l'anneau, sent l'éperon qui sépare les deux bouts de l'intestin. La pince de Dupuytren est introduite et serrée sur l'éperon.

Le 18, la malade n'a ressenti que de faibles coliques par intervalles. Les matières passent toujours par la plaie, imbibent l'appareil. La pince est un peu resserrée.

Le 19, les coliques sont plus violentes ; il y a de la douleur à la pression dans la région hypogastrique. Nausées, vomissemens, langue pâle, face un peu grippée.

Le 20, les symptômes augmentent ; il y a de l'affaissement, de l'amaigrissement. Le ventre est très-sensible.

Le 21, enlèvement de la pince, qui contient entre ses mors une portion d'intestin gangrené. Le ventre est très-balonné, la face est très-grippée ; les autres symptômes augmentent.

Le 22, *la mort* a lieu dans l'après-midi.

Autopsie. Une partie de l'épiploon est adhérente au-devant de l'intestin étranglé, et qui en forme la cavité à gauche. En renversant cet épiploon, on retrouve les deux bouts de l'intestin, dont les lèvres sont décollées. En dedans, l'éperon est détruit dans l'étendue de deux pouces et demi : mais il n'y a d'adhérences que sur un des côtés de la fente. L'autre bord est comme taillé à pic. Une certaine quantité d'humidité stercorale s'est manifestement échappée par là. Le pus du voisinage est teint, et tout le péritoine est rempli de matières séro-purulentes. La cloison entéro-mésentérique se prolongeait jusque dans l'aîne. Les restes du sac n'avaient aucune tendance à se déplacer.

A la vue d'une pareille calamité, M. Velpeau s'écrie : « L'opération de l'anus contre nature par la méthode de Dupuytren, n'est donc pas aussi sûre qu'on le croit généralement ! !! »

— L'application de l'entérotome pêche dans ce cas, en ce que son action à une époque trop rapprochée de la herniotomie, peut déterminer des symptômes analogues à ceux d'un étranglement intestinal.

Dupuytren, qui l'a indiqué dans son mémoire sur les anus contre nature, avait pour habititude d'attendre que des adhérences solides fussent parfaitement établies, que toute trace d'irritation vive eût disparu et que le dégorgement des parties fût opéré complétement, avant de soumettre ses malades à l'emploi d'un moyen qui pouvait les exposer au développement d'accidens inflammatoires graves. Il n'ignorait pas que des tissus enflammés et engorgés à un trop haut degré étaient dans des conditions moins favorables à la réunion, que des tissus sains dans lesquels les phénomènes de l'inflammation se développent successivement et au degré convenable pour déterminer l'adhésion des surfaces coupées par l'instrument.

Plusieurs exemples rapportés dans les mémoires de l'ancienne académie de chirurgie, cités par Scarpa, Astley Cooper, etc., démontrent que l'anus contre-nature, succédant aux hernies douées d'un sac, guérit le plus ordinairement, à la longue, par les seules forces de la nature. Si cette puissance de l'organisme est insuffisante, il sera toujours temps alors d'en venir à l'application de l'entérotome.

Dans l'observation qui précède, le chirurgien opère une hernie étranglée, l'intestin est gangrené; il établit un anus contre-nature. La malade va parfaitement bien jusqu'au seizième jour.

Rien ne peut indiquer encore à cette époque, que l'organisme est impuissant pour amener une guérison spontanée, l'anus contre-nature ayant lieu dans des circonstances assez favorables pour qu'il soit permis de l'espérer.

Quelle raison obligeait donc de se presser et de faire, contre toutes les régles de la prudence, une application aussi intempestive que funeste d'un instrument qui, employé dans de meilleures circonstances, aurait pu procurer sans danger la guérison d'une infirmité déplorable?

Doit-on encore ici imputer à la méthode la faute de l'opérateur?

PINEL-GRANDCHAMP.

N° 128. — 27 OCT.

HOPITAL DES VÉNÉRIENS.

Clinique de M. MALGAIGNE, chirurgien par intérim.

Du traitement des ulcères syphilitiques par la cautérisation objective. (Observations recueillies par M. P. BAZILE.)

Chargé du service de M. Cullerier, M. Malgaigne a fait des expériences comparatives sur les divers traitemens recommandés contre les accidens syphilitiques. Ainsi, contre les chancres primitifs il a employé les lotions d'eau de guimauve, les sangsues, la cautérisation par le nitrate d'argent; et, selon les indications, la liqueur de Van Swiéten et les pilules mercurielles.

Nous avons vu presque en même temps quatre orchites blennorrhahiques traitées: 1° par la saignée; 2° par les sangsues sur le cordon; 3° par les sangsues sur le scrotum; 4° par la compression seule et sans émissions sanguines. Quelques cas de douleurs ostéocopes ont été traités, les uns par la salivation, lorsque le malade n'avait pas pris de mercure; et lorsqu'il en avait été saturé, on a eu recours à la salsepareille, aux émissions sanguines, à l'opium à haute dose, etc. Enfin, contre les bubons récens, il a employé les sangsues, les vésicatoires pansés avec le sublimé, la simple compression, etc.

En attendant qu'un nombre suffisant d'observations viennent prononcer sur la valeur relative de ces divers traitemens, nous appellerons l'attention sur deux méthodes nouvelles appliquées par M. Malgaigne à la cure des ulcères, soit chancres primitifs, soit ulcères succédant aux bubons, et à la guérison des bubons eux-mêmes, lorsqu'ils sont indolens et qu'ils ont résisté à tous les moyens. Nous traiterons dans cet article de la première méthode, ou cautérisation objective.

C'est contre les ulcères succédant à des bubons suppurés, que ce moyen a d'abord été mis en usage. Parmi les nombreux malades auxquels il a été appliqué, nous avons noté les suivans.

Au n° 9, salle n° 4, est couché le nommé Cavart, âgé de trente ans, charretier, entré le 10 septembre. Il avait à cette époque un chancre sur le filet et deux bubons suppurés. Traitement jusqu'au 20: tisane de chiendent, réglisse; bains locaux; cataplasmes.

Le 20 septembre, application de potasse caustique sur le bubon du côté droit. Le 12 octobre, la plaie a quatre pouces de longueur, suivant le pli de l'aîne, et deux pouces de hauteur. M. Malgaigne prescrit la cautérisation objective deux heures par jour; depuis, la cicatrisation a marché rapidement: il ne reste plus qu'un espace de quatre à cinq lignes à cicatriser.

—Dans la même salle, au n° 16, est couché le nommé Benoît, garçon boucher, âgé de dix-huit ans, entré le Ier octobre, avec un chancre datant de trois semaines et un bubon de quinze jours. On le met à la tisane de chiendent, réglisse; cataplasmes, etc.

Le 2 octobre, le bubon fut ouvert par une légère ponction. Le 9 octobre, la peau est largement décollée dans la direction du pli de l'aîne. M. Malgaigne pratique une large incision. Le 11 et le 12, cautérisation objective deux heures par jour. Du 12 au 20, pansement avec le vin aromatique. A cette époque la plaie peut avoir 30 lignes de long dans la direction du pli de l'aîne, sur un pouce et demi de large; ses bords sont décollés et les chairs au-dessous du niveau de la peau. Cautérisation objective deux heures par jour jusqu'au 25. Maintenant les bords de la plaie sont recollés; les chairs, au niveau de la peau, ont une belle couleur, et la plaie n'a plus que dix-huit lignes de long sur cinq de large.

— Au n° 32, salle n° 5, est un garçon boulager, âgé de vingt-quatre ans, entré le 14 septembre avec des chancres et un bubon suppuré du côté gauche. L'ulcère a trois pouces de long sur deux de large. Cataplasmes émolliens, tisane de chiendent, etc., jusqu'au 20.

Le 21, application de potasse caustique.

Le 10 octobre, l'ulcère a toujours la même grandeur. Cautérisation objective deux heures le matin et deux heures le soir.

Le 11, diminution très-prononcée; des brides de lymphe organisée se portent du bord supérieur au bord inférieur.

Le 13, le malade a observé que la suppuration a été plus abondante que les jours précédens. Pansement avec la solution de nitrate d'argent.

Le 14, la plaie va très-bien. On suspend le cautère, et on la recouvre seulement de coton.

Les 17, 18 et 19, cautérisation objective.

Le 24, la cicatrisation a 30 lignes dans la direction

du pli de l'aîne ; il reste encore une étendue de 4 lignes à cicatriser. Panser avec de l'eau blanche.

—Il est impossible pour qui a suivi ces malades, de ne pas être frappé vivement de l'efficacité de la cautérisation ; sur ce dernier surtout, ses bons effets ont été d'autant plus marqués, que la cautérisation ayant été suspendue faute de cautères, on a vu la cicatrisation, si rapide sous son influence, marcher ensuite avec lenteur. Mais disons un mot sur la manière de l'employer.

On fait chauffer jusqu'au rouge blanc un cautère arrondi et plat que le malade tient aussi rapproché qu'il peut de l'ulcère, en ayant soin cependant de l'éloigner légèrement si sa présence cause de la douleur. On répète cette opération deux heures le matin et deux heures le soir. La plaie ne doit être recouverte ensuite que d'une simple compresse ou de charpie sèche. Dans quelques cas, deux heures de cautérisation par jour suffisent.

Maintenant cette cautérisation est-elle applicable à tous les cas? Nous ne le pensons pas. C'est au médecin à savoir distinguer les ulcères qui exigent ce remède.

Dans les observations précédentes, la plaie avait un bon aspect, bien que marchant lentement à guérison; nous excepterons seulement le malade couché au n° 16, sur lequel tous les remèdes employés avaient été sans efficacité.

M. Malgaigne a voulu essayer si, dans les chancres de la verge, même durant la période d'inflammation et d'ulcération, il en obtiendrait d'aussi bons effets. Quatre malades y furent d'abord soumis : deux d'entre eux n'en ont retiré aucun bon résultat; les antiphlogistiques furent inutilement employés sur ces deux malades, et leur état ne s'est un peu amélioré que sous l'influence d'un traitement mercuriel.

Chez le troisième, la cautérisation ne produisit rien les deux premiers jours; mais lorsqu'on l'eut cessé, les chancres soumis à de simples lotions d'eau de guimauve, prirent en 24 heures un aspect satisfaisant. Enfin chez le dernier, M. Malgaigne a jugé à propos de suspendre la cautérisation le troisième jour; les ulcères en avaient cependant reçu une impulsion si favorable, qu'il a cru devoir la reprendre six jours après; et depuis, la cicatrisation a marché plus rapidement. Voici cette observation.

— Le nommé St..., menuisier, âgé de 22 ans, d'une forte constitution, fut atteint, le 12 septembre, d'un ulcère à la partie droite et interne du prépuce. Il a continué de travailler et vivre à son ordinaire (il mange 4 livres de pain par jour), en buvant de la tisane d'orge et prenant des bains locaux.

Admis à l'hôpital le 12. L'ulcère est arrondi, offre un diamètre de 5 lignes. Les chairs à la surface, saignantes et divisées en papilles; un autre ulcère a divisé le frein ; quelques ganglions à peine engorgés à gauche. Tisane de chiendent, réglisse; cautérisation objective; demi-portion.

14. Le petit ulcère du frein offre un meilleur aspect : celui du prépuce a beaucoup suppuré. Même prescription.

15. Les chairs de l'ulcère du prépuce sont saignantes. Suspendre la cautérisation, couvrir la plaie d'un linge mouillé dans de l'eau de lin froide.

17. Le chancre a diminué, le bubon est plus volumineux et plus douloureux. Appliquer un vésicatoire.

18. On remarque une trace de cicatrice sur le chancre du prépuce. Panser le vésicatoire avec le sublimé.

22. Le bubon est très-sensible. M. Malgaigne enlève l'escarre grisâtre formée par le sublimé sur le bubon. Appliquer sur les chancres la cautérisation objective.

23 et 24. Même prescription.

25. L'ulcère du prépuce n'a plus qu'une ligne et demie de diamètre; autour de cet ulcère, la peau semble se rider et être attirée vers le centre. La plaie du bubon laissée par l'escarre, a un pouce de diamètre; les chairs sont en papilles et d'une belle couleur. Continuer la cautérisation objective.

— Plusieurs malades sont maintenant soumis à ce traitement. Lorsque nous aurons recueilli un nombre suffisant d'observations complètes, nous reviendrons sur ce sujet : mais auparavant, nous dirons quelques mots du nouveau moyen appliqué par M. Malgaigne à la guérison des bubons indurés et rebelles. Ce sera le sujet d'un prochain article.

N° 129. — 29 Oct.

HOPITAL DES VÉNÉRIENS.

Clinique de M. Ricord.

Note sur l'emploi du vin aromatique dans le traitement des chancres ; par M. Treuille.

Parmi les diverses médications appliquées par M. Ricord au traitement du chancre, le vin aromatique a fourni jusqu'ici les meilleurs résultats. D'après les nombreuses observations que nous avons recueillies, il est bien peu de cas dans lesquels ce moyen n'atteigne pas le but, sans que l'on ait besoin d'autres adjuvans que la cautérisation. Quelle que soit la période de la maladie, à moins de complication grave de laquelle pourrait résulter une indication pressante, le vin est appliqué sur la surface des chancres au moyen d'un plumasseau de charpie fine imbibée dans ce liquide, mais de manière toutefois à ce qu'il ne coule pas sur les parties environnantes ; le pansement doit être renouvelé plusieurs fois par jour, afin de ne pas laisser le pus s'inoculer de proche en proche par son séjour à la surface de l'ulcère : cette condition est de rigueur, car la sécrétion chancreuse est l'agent qui tend sans cesse à aggrandir la plaie, comme on le remarque dans l'inoculation artificielle, ou bien encore sous les croûtes qui emprisonnent la matière destructrice. Aussi à chaque pensement, M. Ricord ordonne d'absterger exatement la surface. Mais l'emploi combiné

de la cautérisation par le nitrate d'argent donne à cette médication une action bien plus rapide. Si le vin aromatiques vient en quelque sorte tanner les tissus sur lesquels il est appliqué, il diminue aussi la sécrétion purulente et garantit par la même action les parties environnantes. La cautérition répétée une fois ou deux par jour, modifie la vitalité des tissus, agissant fortement et comme caustique destructeur, tant qu'un fond grisâtre tapisse l'intérieur du chancre; dès que la surface se montre rosée, excitant à la production de bourgeons charnus, qu'elle doit enfin réprimer lorsqu'ils tendent à dépasser les limites convenables, et se bornant vers la fin de la maladie à n'exercer qu'une action siccative.

Telles sont les règles posées par M. Ricord; par elles on obtient ordinairement, à l'hôpital des Vénériens, la cicatrisation du chancre en douze, quinze ou vingt jours: il est rarement besoin d'un plus long séjour.

Quant au traitement des complications nécessité par quelques formes particulières, nous renverrons au traité publié par M. Ricord, le but de cette note n'étant que de donner la marche à suivre pour l'emploi de la médication indiquée. Voici quelques observations choisies à cet effet sur les derniers renvois.

— Tissier (Pierre), âgé de dix-neuf ans, entré le 4 octobre 1836, couché salle 8, n. 23, n'avait jamais eu de mal vénérien; il portait, à son entrée à l'hôpital, des chancres confluens de deux mois de durée, et un phymosis consécutif causé par l'œdème du prépuce. Il fut cautérisé le 5, et pansé au vin aromatique. Le 6, la sécrétion du pus était déjà beaucoup diminué; il continua le pansement au vin aromatique, et il sortit complétement cicatrisé le 12 octobre 1836.

— Renechet (Paul), âgé de dix-huit ans, commis épicier, entré le 11 octobre, couché salle 7, n° 20. Chancres du frein, trois semaines de durée; cautérisé, pansé au vin aromatique; cicatrisé le 20 octobre.

— Delarauzée (Jules); dix-huit ans, entré le 11 octobre, salle 7, n° 1; chancres; un mois de durée; pansé au vin aromatique seulement; cicatrisation complète le 21 octobre.

— Roulat (Jean), âgé de vingt-quatre ans, couché salle 3, n° 18; entré à l'hôpital le 4 octobre, portant des chancres confluens de l'extrémité du prépuce, de deux mois de durée; cautérisé une seule fois le 5; il continua depuis le pansement au vin aromatique, et sortit le 12 complétement cicatrisé.

— Dandy, salle 3, n° 21, entré le 23 août. Chancres douze jours de durée; cautérisé, pansé au vin aromatique; sorti guéri le 1er septembre.

— Villars, salle 2, n° 8, entré le 19 septembre. Chancres; six mois de durée; cautérisé, pansé au vin aromatique; sorti guéri le 7 octobre.

— Blaise (Jules); vingt-quatre ans; domestique; salle 2, n° 23, entré le 11 octobre; chancres du frein; huit jours de durée; cautérisé; pansé au vin aromatique; complétement cicatrisé le 14 octobre.

GAZETTE MEDICALE

DE PARIS.

OCTOBRE. 1836.

N° 40. — 1er OCT.

Mémoire sur le traitement du catarrhe chronique de la vessie par les injections; par M. DEVERGIE ainé, D. M. P.

De toutes les infirmités qui viennent accabler la vieillesse, il n'en est pas de plus douloureuse que le catarrhe chronique de la vessie. Cette maladie fait souvent le désespoir des malades et des médecins. Aussi ces derniers ont-ils recherché de tout temps les meilleurs moyens à lui opposer. De nombreux écrits publiés témoignent de leur constante sollicitude que la réussite n'a pas toujours récompensée.

Le catarrhe de la vessie est assez fréquent chez les hommes de moyen âge, surtout parmi ceux qui sont atteints de rétrécissemens anciens de l'urètre. Mais les hommes de cabinet sont les plus prédisposés à cette maladie grave, parce qu'au milieu de leurs préoccupations ils oublient souvent de satisfaire le besoin d'uriner; que la vessie, longtemps distendue par le séjour prolongé de l'urine, se fatigue, s'irrite et s'enflamme; l'inflammation est alors d'autant plus difficile à guérir, que cet état de réplétion a été plus souvent répété.

Aussi le catarrhe de vessie, malgré les soins les mieux combinés et le talent d'un médecin instruit, passe-t-il fréquemment à l'état chronique. Sans doute, il est beaucoup d'autres causes qui peuvent y donner naissance; mais, sans perdre de temps à les énumérer, il suffit de dire que, quelle que soit la cause, l'effet n'en est malheureusement pas moins le même; et la maladie une fois développée, on n'est pas toujours maître d'en arrêter les progrès et de prévenir une terminaison, sinon toujours funeste, du moins lente, passant facilement à l'état chronique, et de difficile guérison.

Cet état chronique, si désagréable et si incommode pour les malades, est souvent la suite d'une cystite aiguë (inflammation franche de la vessie), qui ne s'est pas terminée peu à peu par la suppression du mucus plus ou moins abondant sécrété par la membrane muqueuse vésicale, et rendu avec les urines. Mais si le catarrhe chronique est souvent la conséquence d'un catarrhe aigu, il n'est pas rare de le voir se développer sans avoir été précédé de symptômes inflammatoires bien manifestes, et revêtir, dès son début, le caractère de chronicité.

Dans ce cas la douleur est d'abord à peine sensible : c'est plutôt un véritable sentiment de gêne qui se renouvelle souvent et augmente peu à peu en forçant les malades à vider leur vessie plus fréquemment; les urines commencent à charier des mucosités plus abondantes, mais qui augmentent de quantité progressivement. Des douleurs réelles ne tardent pas à se faire sentir soit dans l'émission des urines, soit dans les efforts pour aller à la garderobe. Les mucosités prennent le caractère de celles propres au catarrhe chronique suite de l'inflammation aiguë, ou bien ce sont des flocons glaireux, blanchâtres, allongés, qui s'échappent du canal après l'émission des urines; d'autres fois encore ce sont des mucosités épaisses, verdâtres, filantes, adhérant facilement aux parois des vases, et dont la couleur et surtout la quantité marquent le degré de cette maladie douloureuse, attestant les ravages qu'elle a pu faire dans la vessie, principalement quand elles ont pris un caractère purulent.

Assez ordinairement encore le mucus rendu avec les urines devenues troubles et bourbeuses, se dépose au fond du vase sous l'aspect de matière blanche, caillebotée et abondante. Chez les hommes de cabinet et chez les vieillards, la maladie débute souvent de cette manière, suivant leur degré d'irritabilité. L'issue des mucosités en est le premier symptôme.

Quel que soit le mode de développement du catarrhe chronique de la vessie, il est des malades qui en sont peu incommodés, qui continuent, sans éprouver de gêne, à s'occuper de leurs affaires, et conservent longtemps leurs forces et l'apparence d'une belle santé. Aussi rien n'est-il certain pour la durée de cette maladie, que quelques malades gardent longtemps sans en éprouver de graves incommodités.

Mais s'il existe des malades dont les fonctions et la santé paraissent peu troublées par le progrès de cette maladie, il en est d'autres chez lesquels elle prend un développement plus rapide et plus grave; en peu d'années on les voit perdre leurs forces et leur embonpoint, la douleur dans la région du bas-ventre devient plus vive, des accès fébriles surviennent de temps à autre, puis la fièvre prend un caractère régulier, se montre surtout le soir; les mucosités augmentent de quantité, et changent de nature et de couleur; les urines deviennent ammoniacales, fétides, troubles, épaisses; toutes les fonctions se dérangent; le dépérissement général fait de rapides progrès, le moral s'affaiblit à mesure qu'augmentent les souffrances physiques. Bientôt une fièvre



de consomption et de résorption se déclare, et les malades tombés dans le marasme succombent, minés par des douleurs vives, lancinantes et continuelles.

Pour éviter une terminaison si funeste et prématurée, la médecine, quand elle n'a pu parvenir à empêcher la mutation de l'état aigu à l'état chronique, a du moins cherché les moyens les plus avantageux pour enrayer les progrès de cette grave affection. Lorsqu'on ne reconnaît aucune cause matérielle (telle que tumeurs polypeuses de la vessie ou rétrécissement du canal, etc.), il faut recourir à tous les moyens que l'hygiène, le régime et le changement d'habitudes et d'habitation peuvent offrir.

Sous ce rapport les conseils n'ont jamais manqué. S'ils ont été fréquemment d'une utilité remarquable, s'ils ont aidé à produire des cures certaines, ils ont aussi malheureusement échoué, soit que les malades indociles ne les aient pas mis en pratique, soit que des circonstances impérieuses les aient forcés de les négliger, soit enfin que ces conseils aient été insuffisans.

Force a été alors de recourir aux agens pharmaceutiques, et leur multiplicité atteste que souvent ils ont été infructueux. En effet, beaucoup de moyens ont été préconisés sans un succès plus marqué en faveur des uns que des autres. Ainsi les eaux thermales, les baumes, les délayans, les bains simples et composés, les rubéfians, les astringens, les amers, etc., sont ils rangés également au nombre des moyens curatifs.

Parmi tous ces moyens, on remarque en première ligne la série des médicamens balsamiques. Depuis longues années l'observation avait appris l'action stimulante des térébenthacées sur l'économie, et plus particulièrement sur les membranes muqueuses. Les baumes et les préparations dans lesquelles entraient les térébenthines jouèrent pendant longtemps un grand rôle dans les maladies de poitrine et des organes génito-urinaires. La principale indication qu'on leur attribuait était de guérir les ulcères intérieurs. Aussi les appelait-on le *baume des viscères*, l'*âme des reins et des organes génitaux*. De là l'emploi fréquent et immodéré de ces substances contre la phthisie, contre les catarrhes chroniques pulmonaires, vésicaux et urétraux.

Les progrès successifs de la médecine ont amené, il est vrai, une heureuse réforme dans cette thérapeutique, poussée sans doute trop loin, et ont fait justice d'une infinité de préparations actuellement abandonnées.

Néanmoins cette grande réforme n'a pas fait perdre de vue l'utilité des baumes et des térébenthines.

Le baume de copahu et la térébenthine de Venise ou de Strasbourg sont au premier rang. Ces substances ont une action spéciale sur les membranes muqueuses, où elles produisent une surexcitation assez vive. Introduites dans l'estomac et dans les intestins, elles y déterminent, suivant la force, le tempérament et l'idiosyncrasie des malades, des nausées, des coliques, des purgations; elles excitent aussi la muqueuse bronchique et celle des voies urinaires.

Si l'emploi modéré de ces médicamens à l'intérieur offre chez un certain nombre de sujets des avantages réels et incontestables, il n'est malheureusement que trop vrai que chez beaucoup d'autres il détermine des accidens. Parmi les inconvéniens de les administrer, on a remarqué celui d'être pris avec une grande répugnance, ou d'être souvent difficilement supportés par l'estomac, et d'exciter une exacerbation dans les symptômes, qui force fréquemment d'en suspendre l'usage. La térébenthine cuite n'ayant pas, comme le copahu, une odeur qui provoque souvent des nausées et des vomissemens, est restée plus en vogue contre les affections de la vessie; mais à cet état elle jouit de moins de propriétés que la térébenthine pure, et l'effet en devient souvent nul.

Pour ne pas se priver des avantages attachés à l'emploi de ces deux espèces de médicamens contre les maladies de la vessie et de l'urètre, on les a prescrits en injections dans le rectum, quand l'estomac ne les pouvait supporter, ou bien on a cherché à leur enlever ce qu'ils ont de répugnant à l'odorat et au goût. Mais leur efficacité n'étant pas aussi marquée à l'égard des maladies de vessie, que contre celles de l'urètre, on a dû tenter une autre série de moyens pour la cure des premières: je veux parler de l'action directe des médicamens introduits dans la vessie même.

Encore, bien qu'à diverses époques quelques médecins aient songé à l'utilité qu'on pourrait tirer de ce mode de traitement, l'essai paraît en avoir été fait rarement, du moins à en juger par le peu de preuves qu'on trouve de sa mise en pratique. Chopart semble être le premier qui l'ait conseillé. Il commença par des injections d'eau d'orge coupée, ensuite avec l'eau de Barèges. Il alla plus loin, puisque chez un vieillard de 75 ans épuisé par une sécrétion trop abondante de mucus, il pratiqua des injections d'eau blanche (végéto-minérale). La quantité de mucus diminua considérablement, et le malade vit son existence prolongée au-delà de deux années.

L'exemple de Chopart semble avoir été oublié pendant longtemps; ce n'est que depuis peu de temps que les médecins praticiens ont tenté de nouveau quelques essais de médicamens plus actifs que l'eau de Barèges et l'eau végéto-minérale. Sous le rapport de l'espèce d'injections dont il s'agit, M. J. Cloquet, en donnant à la chirurgie sa sonde à double courant, a rendu un service important qui n'est pas assez apprécié; car cette sonde doit, dans beaucoup de circonstances, aider à laver la vessie, la débarrasser de mucosités épaisses qui ont peine à s'écouler par l'urètre, et dont la présence entretient l'inflammation et souvent l'aggrave.

M. Bretonneau a injecté avec succès jusqu'à 45 grains de calomel en suspension dans une eau gommée. Il s'est aussi servi de nitrate d'argent (1 grain) dissous dans 4 onces d'eau distillée, ainsi que du deuto-chlorure de mercure dans les mêmes proportions.

M. Lallemand de Montpellier a églement employé ce moyen dans le catarrhe de vessie, ainsi que la cautérisation du col de la vessie. Il relate des avantages réels; mais les accidens que cette méthode a causés dans les



mains d'autres confrères, chez des sujets sans doute trop irritables, a refroidi le penchant pour ces moyens bons en eux-mêmes, mais dont la juste application n'est pas commune. Ils demandent une main aussi hardie qu'habituée aux traitemens variés et difficiles des maladies des voies urinaires.

Nous devons à M. le docteur Souchier de Romans d'avoir tenté dans un cas assez difficile l'usage du baume de copahu en injections, et d'avoir ouvert une source féconde d'avantages pour le traitement du catarrhe de vessie. Le premier emploi qu'il en fit fut chez un vieillard de 74 ans, d'une bonne constitution, laboureur, qui, par excès de fatigues, avait déjà eu en quatre ans trois hématuries (pissemens de sang), que le repos et le régime pendant quelques jours avaient fait cesser. Une quatrième hématurie suivie d'une rétention prolongée d'urine, traitée par les émissions sanguines locales, le cathétérisme et les moyens adoucissans, fut suivie d'un catarrhe vésical tellement intense, que l'urine ammoniacale et les mucosités qui s'échappaient du canal avaient l'aspect purulent, et corrodaient promptement les sondes mises à demeure. Le baume de copahu fut donné à l'intérieur en potion et sans aucun résultat; car après dix-neuf jours de son emploi, il n'y avait encore aucune amélioration notable, et il fallut s'arrêter, l'estomac s'en accommodant difficilement. M. Souchier conçut alors l'heureuse idée d'en faire l'application immédiate dans l'organe malade, et à son grand étonnement il vit à la première injection les accidens graves cesser, et l'écoulement mucoso-purulent disparaître entièrement. Il fit encore quatre autres injections pour assurer la guérison de son malade.

Convaincu des avantages que cette médication immédiate pouvait procurer dans des affections aussi fréquentes et si difficiles à guérir, il l'employa de suite avec le même succès sur huit autres sujets, et s'empressa, en médecin philanthrope, de faire connaître, par la voie des journaux de médecine, cette nouvelle médication qu'il qualifie de traitement spécifique.

Tout en félicitant notre honorable confrère de sa découverte et de son louable empressement à nous la faire connaître, nous regrettons que sa trop facile croyance à la spécificité du traitement qu'il avait inventé, à une époque où la science médicale n'admet plus de spécifiques, l'ait porté à fixer une dose comme règle générale. L'expérience m'a prouvé que cette dose est loin de convenir à tous les malades; elle demande à varier suivant l'irritabilité des sujets. Mais le médicament n'en est pas moins très-bon en principe; c'est à l'habileté du médecin à le modifier pour son malade.

Je ne sache pas que d'autres médecins aient publié des observations sur l'emploi du baume de copahu en injection dans la vessie, et je crois être le premier à Paris qui ait su apprécier à sa juste valeur l'importance de ce nouveau traitement.

M'occupant depuis longues années du traitement des maladies des voies urinaires, ayant fréquemment en ville ou à mon hôpital occasion de traiter des catarrhes de la vessie, soit chez de jeunes sujets ou chez des gens âgés, j'ai saisi avec empressement l'occasion d'expérimenter ce nouveau mode de médication, et je viens ici consigner le fruit de mes observations et des modifications que j'ai été obligé d'apporter pour parvenir à des guérisons que je n'aurais certainement pas obtenues en suivant à la lettre les prescriptions de notre honorable confrère.

M. Souchier, en praticien judicieux, prélude par le traitement rationnel et antiphlogistique, et combat les accidens inflammatoires de la cystite, avant que d'employer les injections stimulantes. Quand les symptômes graves d'inflammation sont dissipés, et que l'écoulement muqueux et abondant de nature diverse persiste, il a recours aux moyens suivans : 1° injections de décoction d'orge miellée (4 à 6 onces) pour laver la vessie et entraîner les mucosités qu'elle contient; 2° nouvelle injection du même liquide, pour s'assurer qu'il n'en existe plus; 3° injection de deux onces de copahu mêlé à une égale quantité d'eau d'orge, qu'on laisse dans la vessie un temps plus ou moins long, qu'il n'indique pas. Ces injections sont répétées plusieurs jours de suite.

M. le docteur Fabre, attaché à mon service à l'hôpital du Gros-Caillou, ayant suivi mes malades et pratiqué lui-même les injections sur un certain nombre d'entre eux, a consigné plusieurs de ces observations dans sa thèse inaugurale sur le catarrhe de la vessie, en août 1835. Je les lui emprunte donc, et j'y joindrai d'autres observations recueillies depuis en ville et à l'hôpital.

Urétrite simple puis cystite aiguë; catarrhe vésical; deux injections; guérison.

Obs. I.—En mai 1835, un militaire âgé de 27 ans, est subitement pris d'un catarrhe aigu de la vessie pendant un traitement par le baume de copahu, pour une urétrite simple. Cette nouvelle maladie, attaquée vivement par les saignées locales, les bains et autres moyens adoucissans, cède en dix jours. Mais un écoulement muqueux abondant a lieu à la suite des urines et dépose au fond du vase. Combattu par la térébenthine cuite, l'eau de goudron, il persistait sans douleur depuis un mois, quand je fis injecter par M. Fabre deux onces de copahu étendu dans quatre onces d'eau d'orge; l'injection est gardée vingt-cinq minutes, puis expulsée par un besoin pressant de la vessie, sans laisser de douleur. Le lendemain, diminution notable des mucosités; nouvelle injection et suppression complète du dépôt muqueux. Après huit jours, ce malade quitta mon service sans avoir éprouvé de nouveaux accidens.

Catarrhe vésical datant de trois mois; mucosités abondantes; émissions fréquentes des urines; douleurs constantes; dérangement des fonctions; amaigrissement; cinq injections à deux onces; guérison.

Obs. II. — M. D., vieillard de 70 ans, vigneron aux Rycées (Bourgogne), rendait depuis trois mois des mucosités abondantes avec et après les urines, urinait

fréquemment, souffrait constamment la nuit et le jour, et voyait peu à peu ses fonctions se déranger, l'amaigrissement survenir, et la tristesse, suite inévitable de cette position pénible, avait remplacé son énergie et sa gaîté habituelles. Cette maladie avait débuté insensiblement et datait de six mois environ. Tous les moyens employés avaient été infructueux, et cet homme, désespéré et exaspéré par la souffrance continuelle, devenu morose, ne rêvait qu'une fin prochaine. Consulté en août 1834, pour remédier à ce fâcheux état, j'engageai son médecin à pratiquer des injections balsamiques; à la cinquième pratiquée à intervalle d'un jour, les mucosités cessèrent; une sixième et dernière injection termina le traitement, et depuis ce temps sa santé n'a souffert aucune atteinte; M. D. a repris sa gaîté ordinaire.

Rétrécissement; catarrhe vésical; cautérisation et dilatation réunies; injection; hématurie, cystite aiguë; injections nouvelles, guérison.

Obs. III. — Un soldat, âgé de 35 ans, portant depuis longtemps un rétrécissement de l'urètre et un catarrhe vésical, vivait depuis trois mois à l'hôpital. La cautérisation et la dilatation réunies avaient guéri les obstacles du canal, mais le catarrhe subsistait et ne tarissait pas. Une injection de deux onces de copahu excite une vive douleur à la vessie, ne peut être gardée plus de dix minutes, et son excrétion est le début d'un inflammation vive avec hématurie (pissement de sang) qu'il faut combattre activement par les moyens ordinaires, plus une sonde à demeure pendant trois jours. Après huit jours, la guérison du catarrhe chronique fut obtenue par l'inflammation aiguë; mais le malade acheta cette guérison par des douleurs vives, une inflammation très-intense, un pissement de sang, une fièvre ardente et des accidens qui compromettaient gravement son existence.

Cette observation me confirma dans l'opinion où j'étais que la quantité de baume de copahu devait varier dans les injections suivant l'idiosyncrasie des malades, qu'il serait utile de les rendre moins excitantes par l'addition de préparations narcotiques; et je me tins par la suite en réserve dans mes nouveaux traitemens, en débutant par des doses modérées et en leur associant les préparations d'opium, de belladone et de jusquiame, suivant les circonstances.

Injections balsamiques variant de deux gros à deux onces.

Obs. IV. — G..., artilleur, entré dans mon service le 26 août 1835, y fut traité successivement avec succès d'une urétrite aiguë, puis d'une orchite très-intense. Il allait quitter l'hôpital, quand, le 10 octobre, des symptômes de catarrhe aigu de la vessie se montrent tout à coup, et s'élèvent assez pour déterminer une émission fréquente et douloureuse d'urines rouges et sanguinolentes. Un traitement actif dissipe promptement ces symptômes graves; mais les urines charrient avec douleur des mucosités abondantes qui persistent malgré les moyens employés. Le 24 octobre et jours suivans, injections de deux gros de baume de copahu dans la vessie; soulagement marqué; émission moins sensible des urines; dépôt de mucosités notablement diminué. Le copahu est porté à une once, et injecté chaque deux jours jusqu'au 4 novembre. Le malade sort vers le milieu de ce mois entièrement guéri.

Catarrhe lentement développé sans douleur; injections de deux gros a demi-once de copahu; guérison.

Obs. V. — S. M..., sergent, est entré à l'hôpital le 24 juillet 1835, pour une urétrite aiguë accompagnée de vives douleurs qui disparaissent par un traitement simple et antiphlogistique. Au 18 août, marche lente vers la guérison. Retour d'accidens inflammatoires au périnée avec gonflement, induration, de nouveau combattus par trois émissions sanguines locales et autres moyens adoucissans. Vers le 15 septembre, le malade fait remarquer que ses urines laissent déposer une grande quantité de mucosités. Ce dépôt existait depuis le 18 août. Régime léger, pilules de Beloste; les urines reprennent leur limpidité ordinaire. Potion de Chopart pendant plusieurs jours de suite, pour achever de dissiper l'écoulement urétral; mais elle est digérée avec peine. Suspension, puis continuation de l'écoulement.

Le 14 octobre, retour des mucosités vésicales et suppression de celles de l'urètre.

Les 17 et 18, injections dans la vessie de deux gros de copahu. Après la deuxième injection, accès de fièvre de 24 heures qui force à suspendre pendant cinq jours ce nouveau traitement. Reprise des injections du 23 au 29 à la dose d'une demi-once; cessation sans retour des accidens et sortie du malade après un mois de guérison.

Cystite aiguë suite d'urétrite; deux rétrécissemens; cautérisation; dilatation; mucosités; injections; accidens, puis guérison.

Obs. VI. — Lambert, sergent, d'une constitution irritable, avait séjourné à l'hôpital près de deux mois pour des accidens divers survenus pendant le traitement d'une urétrite aiguë, entre autres par une constipation opiniâtre, combattue avec succès par le petit-lait, l'huile de ricin et les lavemens. Sous l'influence d'une dose de potion de Chopart que l'estomac répugna à digérer, un trouble général survient avec fièvre et se termine par une cystite aiguë et la cohorte de tous les symptômes douloureux. Il reste après le traitement, au col de la vessie, une sensation de chaleur, et les derniers jets de l'urine sont suivis d'une matière visqueuse et verdâtre.

En cherchant à explorer la vessie, on reconnaît un rétrécissement à cinq pouces et demi, qui de suite est traité par la cautérisation appliquée tous les quatre jours. Au quinzième jour le rétrécissement est franchi avec facilité; on en constate un deuxième à six pouces

et demi. Le onzième jour la sonde entre avec facilité; les urines coulent plus librement; un dépôt abondant de mucosités existe toujours. Première injection à quatre gros dans quatre onces d'eau d'orge; elle est gardée un quart d'heure et ne détermine rien de remarquable. La deuxième cause une vive irritation avec émission plus difficile et plus fréquente d'urines; sensibilité au périnée; diminution de la quantité de mucosités sécrétées par la vessie; érection douloureuse pendant la nuit.

Suspension des injections balsamiques et retour aux émolliens narcotiques. Après quatre jours on reprend les injections plus étendues et on les continue pendant huit jours, sans augmenter la dose du copahu. Les mucosités diminuent graduellement et disparaissent enfin complétement après dix injections à doses modérées, dont la plus forte ne dépasse pas une once.

Urétrite; cystite chronique datant de deux années; deux rétrécissemens; cautérisation et dilatation; injections avec le copahu; petite capacité de la vessie; accidens; injections narcotiques et balsamiques; guérison.

Obs. VII. — M. L..., sergent au 61ᵉ de ligne, âgé de 28 ans, d'une forte constitution, entra en juillet 1831 à l'hôpital de Rouen pour une urétrite très-aiguë, et y fut soumis à un régime antiphlogistique très-sévère. Après trois mois de séjour et pendant l'usage du copahu il est atteint des symptômes d'une cystite aiguë, tels que douleurs vives dans la région de la vessie; envies fréquentes d'uriner, accompagnées de douleurs aiguës lorsqu'il satisfait à ce besoin; urines brûlantes, rougeâtres, déposant au fond du vase. Quelques gouttes de sang pur suivent souvent la sortie des urines. Le malade quitte l'hôpital en janvier 1832 (six mois de séjour), conservant encore des symptômes de sa maladie de vessie, malgré un traitement sévère et des saignées locales très-réitérées. Il reprend son service et fait la campagne de Belgique, nonobstant la mauvaise saison qui aggrave l'inflammation de vessie et détermine très-fréquemment l'issue du sang avec les urines. De retour à Paris, il reste six semaines au Val-de-Grâce où il n'éprouve aucun soulagement d'un traitement approprié à sa position, et ayant consisté en plusieurs applications de sangsues, bains fréquens et prolongés, lavemens huileux et opiacés, alimentation lactée et fort légère. Trois jours après il entre à l'hôpital du Gros-Caillou avec des symptômes de gastro-entérite compliquant les accidens des organes génito-urinaires.

Symptômes existant à son entrée. Envie fréquente d'uriner d'heure en heure, que le malade ne peut satisfaire qu'avec effort, et en rendant l'urine goutte à goutte accompagnée de stries sanguines ou de sang pur. Souffrances excessives pendant l'émission des urines, siégeant en grande partie à l'extrémité du gland, puis au col de la vessie. La nuit les douleurs sont plus vives et les urines expulsées toutes les demi-heures; accès de fièvre chaque soir; sommeil interrompu et fatigant; urines claires à leur issue et déposant en se refroidissant un nuage très-épais. Après un mois de traitement consistant en applications réitérées de sangsues au périnée, à l'anus, des bains émolliens; emploi des émulsions et des narcotiques à l'intérieur et un régime léger. Le malade éprouve une amélioration marquée; la douleur en urinant est diminuée; l'urine dépose toujours et les besoins d'uriner sont toujours fréquens. Le malade est sondé et on constate la présence de deux rétrécissemens, l'un à quatre pouces, l'autre à cinq pouces et demi. En deux mois les rétrécissemens sont guéris par la cautérisation et la dilatation réunies. Alors cessent les douleurs vives en urinant, mais l'émission des urines est toujours fréquente et accompagnée d'un dépôt muqueux assez épais, et plus abondant qu'au début.

Août. Première injection de copahu, un gros, dans deux onces d'eau d'orge, en deux fois pour cause du peu de capacité de la vessie; elle ne peut contenir qu'une once environ du liquide qui est expulsé après quelques minutes de séjour. On réitère de suite l'injection.

Les premières injections étant bien supportées, on porte graduellement le baume de copahu à une once dans quatre onces de liquide. Treize injections avaient amené une amélioration notable, lorsque des accès de fièvre en firent suspendre l'emploi. Les douleurs au col de la vessie et en urinant augmentèrent. Après quelques jours les mucosités étaient en aussi grande abondance qu'avant l'emploi des injections.

Pendant six semaines je quitte mon service, et en mon absence, on traite ce malade par la térébenthine, les vésicatoires à la partie interne des cuisses, les frictions stibiées, l'eau de goudron, etc. Aucune amélioration.

15 octobre. Retour aux injections portées graduellement à une once de copahu. A la dixième, les mucosités ont disparu. La douleur est presque nulle en urinant, et les envies d'uriner sont moins fréquentes.

2 novembre. Imprudence du malade suivie d'un accès violent de fièvre avec frisson; chaleur et sueur abondante. Régime sévère jusque 10 novembre, époque de la cessation de ces mouvemens; accidens, pendant lesquels les urines ont repris leur limpidité normale et sans que les douleurs de la vessie se soient reproduites; mais au fur et à mesure que la santé se rétablit, les mucosités reparaissent.

Au 25 novembre. Reprise des injections de deux en deux jours, en y associant l'extrait de belladone à la dose d'un demi-gros; le copahu est augmenté peu à peu jusqu'à une demi-once par injection. En un mois disparition complète et par gradation des douleurs au col de la vessie; en urinant, beaucoup moins de fréquence dans l'émission des urines, qui sont revenues à leur état naturel. La capacité de la vessie depuis l'emploi de la belladone s'est augmentée au point de contenir deux onces et demie. Le malade n'urine plus que sept à huit fois dans les vingt-quatre heures. Il quitte l'hôpital le 6 janvier pour aller en congé dans sa famille, après huit mois de séjour à l'hôpital.

Je pourrais ici consigner plusieurs observations dans lesquelles j'ai, dès le début, associé les narcotiques avec

les balsamiques; mais pour abréger, je me contenterai de dire que cette réunion de médicamens est celle qui convient le mieux aux sujets irritables chez lesquels les douleurs existent depuis longtemps, et supposés, avec raison, d'une susceptibilité nerveuse poussée à un haut degré.

Les injections composées alors avec laudanum un gros, baume de copahu deux gros, et décoction d'orge deux onces, sont faites à doses entières et souvent à demi-doses, laissées dans la vessie de dix à quinze minutes au plus. Si les malades les supportent facilement et sans qu'elles produisent une sur-excitation trop vive, on les augmente graduellement en quantité, et on les laisse séjourner plus longtemps dans l'organe malade. J'ai obtenu, de cette manière, quelques cures dont j'avais presque désespéré, chez des hommes âgés et qui, depuis longtemps, rendaient avec beaucoup de douleurs des mucosités abondantes.

Mais il est des vessies devenues tellement irritables, douloureuses, que la présence d'un liquide légèrement excitant ne peut être supporté sans causer un surcroît de souffrances insupportables, et des accidens généraux qu'il faut éviter avec soin. Aussi est-il prudent, au début d'un traitement, de reconnaître la susceptibilité des organes urinaires, en commençant par des injections émollientes d'abord, rendues ensuite narcotiques, et de ne passer à l'emploi des balsamiques qu'après avoir diminué ou éteint, par des moyens locaux et généraux, cet état d'exaspération des maladies génito-urinaires, si contraire à l'emploi des médicamens curatifs.

Cette exaspération de symptômes dépend le plus souvent d'une inflammation chronique de la vessie et de ses annexes, et plus rarement d'une névrose de ces organes. Les observations suivantes m'ont conduit à établir ce précepte.

Catarrhe chronique ancien; petite capacité de la vessie; urines fétides; émissions fréquentes et douloureuses des urines; injections émollientes, narcotiques, puis balsamiques; guérison.

Obs. VIII. — Un homme, âgé de 62 ans, d'une constitution primitivement robuste, mais considérablement affaiblie par trois années de souffrances, occasionnées par un catarrhe chronique de la vessie, vint me consulter en janvier 1836. État de santé à cette époque : envies fréquentes d'uriner; douleurs vives en urinant, dans l'hypogastre et le bout de la verge et à la prostate; urines fétides, troubles et souvent bourbeuses; mucosités abondantes et filantes, laissant un dépôt considérable et adhérent dans le vase. Les nuits sont horribles par la fréquence d'envies d'uriner, chaque demi-heure environ, suivies d'une petite quantité d'urine rendue avec de vives douleurs. Exacerbation chaque soir; perte des forces, de l'appétit; maigreur.

Plusieurs traitemens infructueux avaient été faits depuis l'origine de la maladie, et tous les moyens connus avaient inutilement été employés. Une sonde passée fit reconnaître le canal de l'urètre intact et la vessie libre de tous corps étrangers, mais la présence de la sonde causa une vive douleur au col de la vessie.

Traitement pendant la première quinzaine. Bains généraux et locaux, régime lacté; boissons adoucissantes peu abondantes; six saignées locales à l'anus et au périnée par douze sangsues chaque fois; frictions oléo-narcotiques à l'extérieur; la thridace à l'intérieur; trois injections par jour avec eau de guimauve.

Le malade les pratique lui-même avec facilité, d'abord avec la sonde à double courant de M. Cloquet, puis avec la sonde Mayor, n. 1, et emploie à chaque injection une pinte de liquide en cinq à six injections; il préfère ce mode de lavage comme nétoyant mieux la vessie. Soulagement marqué dû à ce traitement prépatoire.

Pendant la seconde quinzaine, les injections sont rendues légèrement narcotiques par l'addition de l'extrait de belladone, dix grains par pinte, et sont supportées sans accidens. Continuation du même régime et des bains; cessation des saignées locales. La vessie contenait à peine au début deux onces d'injections. A la fin du mois elle gardait sans douleur quatre onces de liquide et pendant un quart d'heure. Les mucosités sont aussi abondantes, mais moins visqueuses et moins épaisses.

J'ajoute alors quatre grains d'opium par pinte d'eau émolliente, et je continue la belladone à dix grains pendant huit jours. Ensuite un gros de baume de copahu une fois le jour dans quatre onces de cette injection. Huit jours s'écoulent pendant lesquels les douleurs et les mucosités diminuent sensiblement.

Alors deux gros de copahu sont employés dans chaque injection encore pendant une semaine. Je passe à une demi-once associée aux émolliens et aux narcotiques. Cette dose est gardée pendant trente minutes sans produire d'accidens. Enfin j'arrive à une once en augmentant graduellement de deux en deux gros, et le malade reprenait également peu à peu un régime plus nutritif, du sommeil, de l'espoir, des forces; il perdait ses souffrances habituelles, ses fréquences d'uriner, les urines revenaient à leur état normal. Après deux mois et demi de ce traitement la guérison fut achevée. Le malade conserve depuis le besoin de vider la vessie d'heure et demie en heure et demie environ; mais les nuits ne sont interrompues que trois fois, lorsqu'il a la précaution de boire modérément dans la soirée. On peut juger par ce symptôme du peu de capacité de la vessie, sans doute déterminée par l'épaississement de ses parois pendant le cours de cette longue maladie.

Cystite aiguë passée à l'état chronique, depuis six mois; mucosités purulentes; émission fréquente et douloureuse des urines; injections narcotiques; guérison lente.

Obs. IX.— Madame..., âgée de 73 ans, d'une constitution irritable, quoique encore assez forte, fut atteinte, en décembre 1835, d'une inflammation vive de la vessie avec hématurie légère et de peu de durée. Un

traitement simple et rationnel, trois applications de sangsues et les moyens d'usage firent en deux mois cesser les accidens les plus graves; mais l'inflammation passa à l'état chronique, sans qu'un autre traitement fût employé pour y remédier.

Consulté en mai dernier, j'explorai la vessie que je trouvai vide de corps étrangers, mais douloureuse quand la sonde touchait ses parois; les urines étaient fréquentes et rendues en petite quantité avec de vives douleurs; un sédiment muqueux, d'aspect purulent, déposait au fond du vase. Malgré les nuits mauvaises et les souffrances habituelles, les fonctions digestives étaient en assez bon état. Injections émollientes pendant six jours répétées trois fois le jour; frictions oleo-narcotiques sur la région hypogastrique; bains de siége et entiers; régime léger et maigre; amélioration peu marquée; vingt gouttes de teinture de belladone sont ajoutées à chaque injection, et augmentée successivement jusqu'à quarante gouttes; influence marquée de cette médication sur les douleurs et la fréquence des urines, mais non sur la nature des urines, qui déposent, comme de coutume, un sédiment mucoso-purulent. La capacité de la vessie ne contient qu'une once et demie avec peine. Injection de deux gros de baume de copahu, d'un demi-gros de teinture de belladone suivie de douleurs vives qui durent plus de deux heures, retentissent dans toute l'économie, et déterminent un accès violent de fièvre avec frisson; chaleur et puis irritation dans les organes extérieurs de la génération; retour aux injections belladonées faites deux fois le jour avec l'extrait étendu dans l'eau émolliente; diminution notable du sédiment purulent, devenu moins épais. Au douzième jour, suppression totale des douleurs : les injections sont gardées de 15 à 20 minutes; le mucus clair et peu abondant; la belladone est augmentée de cinq à quinze grains successivement dans deux onces de liquide, et gardée facilement par la vessie devenue moins irritable; enfin cette malade, âgée et d'une irritabilité extrême, fut guérie après trois mois et demi d'un traitement local adoucissant et narcotique dont la belladone fit presque seule les frais.

Au moment où je publie ce mémoire, la malade, par suite d'imprudence dans le régime, est en proie à une inflammation lente du tube digestif qui compromet son existence, la vessie participe de cet état plegmasique, mais à un degré modéré, et les mucosités sont en très-petite quantité.

En résumant les observations ci-dessus il est facile de concevoir les avantages que l'on peut retirer des injections émollientes, narcotiques et balsamiques, dans le traitement du catarrhe vésical, soit récent, soit passant ou passé à l'état chronique, et non compliqué de la présence de corps étrangers ou de tumeurs développées dans l'intérieur de la vessie. Mais on en peut déduire certainement de prime-abord que l'emploi des injections balsamiques ne peut être prescrit chez tous les malades, comme sembleraient l'indiquer les observations publiées par M. Souchier. On peut cependant se rendre raison du succès constant obtenu par ce confrère, si on calcule qu'exerçant la médecine à la campagne et loin des grandes villes, il a dû rencontrer des constitutions moins irritables, des organes moins susceptibles, qui supportent plus facilement l'action excitante de certains médicamens. J'ai éprouvé le même succès chez mes deux premiers malades, sujets peu nerveux et peu irritables.

Après avoir tâtonné la combinaison de ces injections sur une trentaine de malades atteints de catarrhes de la vessie à diverses périodes, soit récens, soit passant ou passés à l'état chronique, l'expérience m'a porté à tracer les règles suivantes :

1° Débuter toujours par des injections émollientes avec une seringue graduée, pour s'assurer de la capacité de la vessie et de son irritabilité.

2° Ne jamais pousser l'injection au delà de la capacité de la vessie, car on y provoquerait une contraction douloureuse, et le rejet du liquide introduit.

3° Ne pas négliger les autres moyens adoucissans propres à calmer l'inflammation et la douleur locale, l'éréthisme général, etc., etc.

4° Associer graduellement les narcotiques aux émolliens et les augmenter peu à peu de quantité suivant les effets obtenus.

5° Ne pas craindre d'en augmenter proportionnellement les quantités. Je n'ai pas encore observé de narcotisme par leur absorption.

6° Renouveler trois, quatre ou cinq fois les injections par jour.

7° Si le canal de l'urètre n'est point douloureux, se servir de préférence de cathéters Mayor; leur poids facilite leur introduction et les malades apprennent promptement à s'en servir.

8° S'il existe un rétrécissement, le traiter d'abord et commencer immédiatement les injections émollientes, puis narcotiques ou détersives; le cathétérisme Mayor modifié suivant les circonstances, est le meilleur et le plus efficace moyen pour arriver plus vite à ce résultat.

9° Attendre pour employer les injections balsamiques que l'état d'éréthisme de la vessie et de ses annexes soit calmé par l'usage des injections émollientes et narcotiques.

10. Ne les laisser séjourner dans la vessie que de dix à vingt minutes progressivement.

11° Augmenter graduellement et avec précaution la dose de baume de copahu, afin d'éviter la surexcitation trop prompte de la vessie et les accidens qui en résulteraient.

12° Faire les injections balsamiques une fois le jour au plus, chaque deux jours le moins.

13° Ne les cesser qu'après l'entière disparition de la sécrétion mucoso-purulente.

14° Les suspendre momentanément si des symptômes d'inflammation des muqueuses digestives se manifestaient

Sur six faits nouvellement recueillis en ville, je choisis le suivant pour prouver que les règles ci-dessus tracées doivent être observées dans l'emploi des injections balsamiques.

Obs. X. — M. C..., correcteur d'une grande imprimerie, âgé de 45 ans, d'une santé assez délicate, d'une constitution grêle, venait de subir un traitement actif par les saignées générales et locales et les rubéfians pour un rhumatisme général compliqué de cardite, en janvier et février dernier, lorsqu'en avril, au retour de la campagne où il avait été passer un mois de convalescence, il se plaignit de gêne dans l'émission des urines avec douleur dans le canal, datant depuis longtemps, ayant cessé pendant sa maladie et reparaissant depuis sa guérison. Le méat urinaire est enflammé; il y a un suintement blanc, verdâtre. Une bougie exploratrice de petit calibre pénètre avec douleur et constate un rétrécissement à quatre pouces et demi. Une sonde d'étain, demi-numéro de Mayor, est introduite avec peine et souffrance dans la vessie. En huit jours, 20 sangsues au périnée, des bains de siége et généraux, et les autres moyens antiphlogistiques enlèvent les douleurs du canal et de l'hypogastre. J'apprends alors que depuis plus d'un an, les urines constamment fréquentes et bourbeuses déposent un sédiment muqueux abondant. Injections émollientes trois fois le jour, avec un cathéter Mayor n° 1 pendant huit jours. Succèdent les injections narcotiques avec le cathéter Mayor n° 2 pendant dix jours. Toutes les douleurs de la vessie sont dissipées et le dépôt muqueux est moins abondant et moins épais.

Les injections balsamiques unies aux narcotiques avec deux gros de baume de copahu, sont mises en usage chaque jour. A la deuxième, diminution notable du sédiment sans réveiller des douleurs vésicales. A la quatrième, cessation presque complète du dépôt muqueux; j'introduisis alors sans peine le n° 3 pour rendre au canal sa première dimension. Une cinquième injection est pratiquée avec une once de copahu, cette dose réveille des douleurs dans la vessie et le testicule gauche. Le malade, depuis quelques jours, à la suite d'un refroidissement, était sous l'influence d'une irritation gastro-bronchique; la fièvre survient et une orchite se développe; les urines fortement odorantes, déposent de nouveau un mucus peu abondant. En quinze jours tous ces accidens se dissipent par un traitement approprié, les injections narcotico-balsamiques à deux gros, sont reprises chaque deux jours, et à la quatrième, il ne restait plus de sédiment dans les urines.

N° 41. — 6 Oct.

Histoire d'un cas remarquable de nécrose du frontal, suivie de quelques considérations sur la mortification des os du crâne; par M. Petrequin, D. M. P.

Tout le monde sait que la nécrose attaque principalement la substance compacte du tissu osseux, et que c'est dans le squelette des membres qu'on l'observe le plus fréquemment; aussi est-ce surtout dans le corps des os cylindriques qu'elle a été étudiée jusque dans ces derniers temps. La mortification des diverses pièces de la boîte du crâne a beaucoup moins fixé l'attention; je ne connais que Léveillé (*Mémoires de physiologie et de chirurgie pratique,* 1804) et F. Ribes (*Dict. des sciences méd.*, t. 35), qui en traitent en particulier avec quelque étendue. Le professeur Boyer n'en donne aucun exemple (*Traité des malad. chir.* 1831, t. 3); M. L.-J Janson, (*Diction.* en 15 vol., t. 11, 1834) n'en rapporte que deux recueillis par Dupuytren et M. Cullerier; et si j'ajoute quelques observations de Saviard et de Sabatier, et les deux cas de Percival Pott, cités par Samuel Cooper, etc., on aura à peu près un inventaire de ce que la science possède de plus important sur cette matière. L'état de nos connaissances m'a semblé donner un nouvel intérêt à l'observation suivante, que j'ai cru devoir en conséquence rapporter avec quelque détail, tant à cause de la rareté de cette affection, que des considérations intéressantes auxquelles elle peut prêter.

Le sujet est un homme d'une constitution robuste, rentré dans son pays (Isère) en 1815 à l'âge de 29 ans, après un service militaire de huit ans, et depuis lors livré aux travaux de la campagne.

A. En 1823, dans le mois d'août, après les fatigues de la moisson et du battage des blés, il commença à ressentir quelques douleurs de tête sourdes et rémittentes; la céphalalgie, circonscrite au coronal, empira et devint continue; et quelques jours après, le front tout entier fut le siége d'une tuméfaction diffuse, aplatie, sans rougeur à la peau, et très-douloureuse. Cet état de souffrance dura deux ans; à la fin, les douleurs, continues, devinrent intolérables; le malade, pour me servir de ses expressions, *était comme un enragé;* il souffrait horriblement, et ne pouvait s'empêcher de pousser des cris; il perdit le sommeil pendant six mois, et dépérissait. Les secours qu'il chercha dans la médecine le soulagèrent fort peu. Cependant, de la surface de l'engorgement, il s'éleva deux tumeurs qui se circonscrivirent au-dessus des yeux, et qui, dures d'abord, se ramollirent ensuite et s'ulcérèrent; le dégorgement s'opéra; un soulagement très-marqué s'ensuivit, puis la suppuration se tarit peu à peu, et les ouvertures se fermèrent au bout de quelque temps. Le malade eut alors quelque répit, reprit l'appétit, et put recommencer à travailler. Il en profita pour aller dans le Lyonnais exercer l'état de vigneron : il y resta 4 ans.

B. A cette époque la céphalalgie reparut; il prit mal aux yeux : les paupières supérieures se tuméfièrent; il y avait larmoiement. Il continua néanmoins à travailler; mais le soir, après les fatigues de la culture de la vigne qui exige un travail pénible et une position fort incommode, où le corps est courbé et le front penché, ce qui facilite l'abord et le séjour du sang dans le crâne, le soir la tête était pesante, et le siége d'un malaise indéfinissable. Il était accablé, comme étourdi, avait une tendance insolite à l'assoupissement, et dormait d'un sommeil lourd et prolongé. Je le vis par hasard en 1830; il faisait traiter ses yeux, ne se doutant pas de la maladie qu'il portait, et dont je ne sus les détails que plus tard. La tuméfaction frontale recommença

à s'élever de nouveau, et forma deux saillies sur les yeux, une troisième sur l'épine nasale, et une quatrième au sommet du coronal. Toutes se ramollirent, et dans l'hiver de 1831 à 1832, un jour qu'il défrichait un bois, les quatre tumeurs crevèrent dans un violent effort qu'il fit; un grand dégorgement s'opéra par suite de l'écoulement de beaucoup de sérosité et de pus sanguinolent. Les ouvertures cette fois ne se refermèrent pas: et loin d'avoir aucune tendance à la cicatrisation, elles végétèrent et restèrent fistuleuses; une suppuration séreuse en dégouttait continuellement.

C. En avril 1832, il vint à Lyon consulter M. Gensoul, chez qui je l'examinai. Le frontal semblait soulevé: la percussion avec le stylet rendait un son mat, heurtait sur un corps rugueux, et donnait la sensation d'une mobilité insolite, mais encore obscure. Il est clair que l'os avait cessé de vivre, qu'il était dépouillé de son périoste, et déjà détaché en partie. La nécrose suivait une marche très-chronique: de là vient qu'elle provoquait peu d'irritation sympathique dans les viscères splanchniques: la digestion et la nutrition s'exécutaient assez bien. Le malade s'en retourna sans subir l'extraction. Le travail d'élimination fut long; la suppuration l'affaiblissait; il perdit l'appétit, et éprouva des coliques et de la constipation. Un liquide séreux. grisâtre, très-fétide, s'écoulait des fistules en telle abondance, qu'en mars 1833 il équivalait à environ un litre par jour. Le malade que je vis alors dans une excursion que je fis dans le Dauphiné, était si faible et si souffrant que je ne pus l'examiner; souvent, quand il se baissait ou faisait des efforts de défécation, il se manifestait, au lieu de pus, un écoulement de sang: il eut plus de trente hémorrhagies considérables dans l'espace de dix mois, pendant lesquels il ne quitta pas le lit ou la chambre; les douleurs de tête étaient presque continuelles, avec exacerbation le soir: il lui semblait qu'on lui brisait le crâne. Il n'avait plus de sommeil: les facultés intellectuelles ne furent pas troublées. Dans le mois de mai, il fut pris d'une paralysie de la sensibilité dans les membres abdominaux; il pouvait se tenir droit et même marcher, avec peine toutefois, mais il ne s'apercevait plus ni du froid ni du chaud, se pinçait sans en souffrir. et croyait ses jambes entièrement mortes. En somme, il était dans un tel état, que tout le monde, dans le village, le regardait comme voué à une mort prochaine. La tumeur frontale cependant se porta insensiblement à droite; le coronal ébranlé, et peu à peu détaché, tomba sur la paupière de ce côté; il la déforma même et l'abaissa au point que le malade commença à perdre la vue, qu'il ne recouvra plus; puis l'os perça la paupière, la coupa et priva ainsi l'œil de son voile, en ôtant même l'espoir de lui rendre la vue un jour. Au milieu de ces désordres, il n'y eut jamais ni indigestion, ni vomissement; l'appétit persista; la soif était intense; il buvait par jour plusieurs litres de lait et de petit-lait; des coliques, une constipation opiniâtre et douloureuse, une suppuration excessive et un dépérissement progressif, semblaient annoncer l'imminence d'une issue funeste, lorsque lui-même, en juillet 1833, s'arracha le frontal nécrosé tout d'une pièce, à travers la fistule du côté droit.

Il éprouva un soulagement instantané qui alla toujours en augmentant; les fistules se fermèrent, sauf une seule: la paralysie cessa; l'appétit et les forces revinrent, avec l'exercice normal de toutes les fonctions; l'amaigrissement se répara; et lorsque je le revis en novembre 1834, il se portait bien. Voici dans quel état je le trouvai. La haute fistule du front s'était desséchée et cicatrisée sur les bords, et il restait au centre une ouverture avec déperdition de substance à la peau de la largeur d'un pouce sur seize lignes de hauteur, où l'on voyait à nu une membrane épaisse, dure, collée à l'os, indolore à la pression, et offrant l'aspect fibreux et poli d'une aponévrose que je présumai être de la dépendance du péricrâne. Les deux ouvertures sourcillères s'étaient cicatrisées; la paupière supérieure droite, qui avait été taillée sur le séquestre, ne présentaient point de cils; la peau en était rouge, enflammée, boursoufflée, et coupée en V renversé dans cette forme Λ, et qui laissait une ouverture triangulaire au globe oculaire, qui ne pouvait ainsi être recouvert. La cornée transparente était devenue opaque et comme tapissée d'une taie; il y avait encore une sensation obscure de lumière. A gauche, où la vue était conservée, la paupière supérieure était constituée par un gros bourrelet rougeâtre qui retombait sur l'œil; en l'examinant avec soin, je vis qu'elle était renversée en dehors, et distinguai des cils dans la profonde fente transversale qu'elle présentait. L'œil n'était recouvert qu'à peine, ce qui rendait l'impression de la lumière douloureuse. Depuis lors, la vue s'est complétement perdue des deux côtés. La seule ouverture qui fût restée béante existait sur l'os nasal gauche; elle était ronde; j'y pus engager une plume à écrire; les bords en étaient recouverts par la peau qui s'y prolonge. Ainsi elle ne se refermera jamais naturellement.

Le frontal nécrosé n'était point divisé en ses deux portions primitives; il était sorti tout d'une pièce. Il était, au moment de son extraction, garni de bourgeons charnus, surtout vers sa face interne. Mais alors, le malade l'ayant fait macérer dans du vinaigre, il était aride, nitraté, rugueux, inégal, offrant l'aspect terreux des os d'une momie; il avait du reste conservé sa forme; ses bords étaient peu accordés; seulement les dents des engrenures avaient disparu. Il avait laissé, en tombant, un os identique.

Quelle a été la cause de cette nécrose? faut-il en accuser une ancienne syphilis qui fut mal traitée et dont les funestes effets auraient été favorisés par l'insolation et par les fatigues militaires? Il est à noter qu'il partit pour la campagne de Russie immédiatement après un séjour de trois ans en Italie; qu'à Smolensk il eut une balle dans le genou gauche; que depuis, dans la retraite, il reçu, près de Leipsick, un coup de sabre au bras et dix coups de lance, dont trois à la tête. Pendant sept heures il resta comme mort sur le champ de bataille, eut ensuite beaucoup à souffrir du froid, et mit plus de huit mois à se rétablir. La nature des douleurs qui s'exaspéraient la nuit, et la marche lente de la maladie qui fut dix ans à se terminer, sembleraient

confirmer cette opinion, qui s'accorde avec cette observation du professeur Boyer, que la nécrose chronique est le plus souvent due au virus vénérien. (*Maladies chroniques*, 1831, t. 3, p. 441). Au reste, je dois dire que depuis lors il n'a eu aucun ressentiment de syphilis. Samuel Cooper a observé que les travaux pénibles y prédisposent. J'ai plusieurs fois entendu M. Janson faire la remarque que la nécrose est plus commune aux environs de Lyon qu'à Paris. Ainsi diverses circonstances ont pu favoriser son développement.

Weidmann a expliqué aussi l'espèce de prédilection de cette affection pour la substance compacte : on l'observe, dit-il, plus souvent dans cette substance où le principe de la vie est moins actif et s'éteint avec plus de facilité; elle attaque au contraire moins fréquemment la substance spongieuse, parce que celle-ci étant pourvue de vaisseaux plus nombreux et douée d'une plus grande vitalité, la suppuration s'y développe plus promptement; et encore, ajouterai-je avec le professeur Boyer (t. 3, p. 422), parce que les os y sont plus rapprochés de la manière d'être des parties molles, et plus susceptibles de supporter le travail inflammatoire. Il faut de plus, pour les os du crâne, noter que le cortex est plus extérieur et plus exposé aux injures des agens vulnérans. Au reste, ces motifs qui excluent la fréquence, n'excluent pàs la possibilité de la mortification dans le tissu spongieux, et à ce propos il suffit de rappeler les cas observés dans l'astragale (Duverney), dans l'os innominé (Weidmann), dans l'omoplate (Chopart), dans les os sus-maxillaires (Ribes, *Dict. des sciences méd.*, t. 36), dans l'olécrâne (Blandin), dans les os du tarse (Sanson), dans les corps des vertèbres (Petrequin), etc.

Je crus d'abord que l'exfoliation avait compris toute l'épaisseur du frontal; et comme un os manifeste le remplace, c'eût été un cas des plus curieux, attendu que dans les os du crâne on n'a pas vu la régénération se faire. Ainsi Percival Pott, qui a observé la nécrose soit dans le coronal, soit dans le pariétal, ne l'a point constatée; le cas le plus remarquable, et celui où l'on eut pu le mieux suivre le travail de la reproduction, est sans contredit celui qu'a rapporté Saviard; il est relatif à une femme chez qui, à la suite d'une ancienne plaie de tête de deux ans, les deux pariétaux, le sommet du frontal et l'angle de l'occipital, s'exfolièrent dans toute leur épaisseur et se séparèrent en même temps, en laissant la dure-mère à nu. La cicatrice mit plus de huit mois à se former, resta toujours molle, et ne cessa jamais d'être agitée par les mouvemens du cerveau. Cependant il paraît que le professeur Dupuytren a observé une fois, que dans une nécrose du crâne survenue à la suite d'un coup sur la tête, le péricrâne, resté sain, s'ossifia ; et M. Cullerier a récemment publié un autre cas où, à la suite d'une large exfoliation, la dure-mère s'ossifia aussi sur quelques points. (*Dict.* en 15 vol., 1834, t. 11). Mais il y a loin de là à une reproduction complète des os. La plupart des auteurs, Weidmann, Sabatier, Boyer, Léveillé, S. Cooper, etc., la nient pour les pièces du crâne. M. F. Ribes dit : « Jamais encore on n'y a vu » de régénération, ce qui prouve, beaucoup mieux qu'on » ne le savait, que ces os sont réellement enveloppés » par deux membranes de nature entièrement différente. » En effet, la désorganisation du péricrâne détermine la » nécrose, et alors il ne peut plus rien pour la reproduc- » tion de l'os. La dure-mère qui tapisse le crâne inté- » rieurement y entretient la vie; mais elle ne paraît » pas avoir les qualités requises pour rassembler les » matériaux propres à la régénération. (*Dict. des scien- « ces méd.*, 1819, t. 35.) » Ainsi elle ne peut pas servir à une ossification régulière. On a même remarqué depuis Tenon, qu'après l'application du trépan, bien que cette membrane reste saine, jamais l'ouverture artificielle ne se comble, malgré le gonflement du diploë et l'alongement des deux tables osseuses. (Tenon, Acad. des Sciences, 1758.)

Un examen plus attentif m'a démontré qu'ici l'exfoliation n'avait compris que la table externe. L'os extrait est mince, rugueux, surtout vers sa face interne; il n'a guère que la moitié de l'épaisseur ordinaire du frontal, et n'offre pas les prolongemens qui forment l'échancrure ethmoïdale. En outre, la suture fronto-pariétale présente, chez le malade, dans toute son étendue, une dépression sensible, variant de une ligne à une ligne et demie, remarquable surtout à gauche, et dont la profondeur équivaut ainsi à l'épaisseur de la table nécrosée qui s'est détachée. Une analyse rapide des phénomènes de l'observation que j'ai rapportée, jettera de nouvelles lumières sur cette question.

A. *Première période*. Le frontal, menacé de mortification, ne fut pas d'emblée envahi dans toute son étendue; ce ne fut qu'à la longue qu'il se trouva complétement frappé de mort. Les symptômes d'ostéite durèrent deux ans, avant d'entraîner l'inflammation des parties molles environnantes; cette dernière, comme attaquant des tissus doués de plus de vitalité, parcourut rapidement ses périodes, et, bien avant que celle des os fut accomplie, elle se termina par suppuration; puis, comme il n'y avait plus de réaction possible dans l'os mortifié, l'inflammation s'y éteignit avec la vie, les fistules cutanées marchèrent à la cicatrisation, et tout sembla terminé. Le diagnostic, à cette époque, était difficile; on n'avait pour se guider que la forme incirconscrite de la tumeur, son adhérence à l'os; sa lenteur à se développer, la préexistence d'une syphilis, la plus grande fréquence de la mortification dans la table externe, etc.; cette période, dite de mortification, est manifestement tracée dans le paragraphe A.

B. *Deuxième période*. La table interne saine, en contact avec la gangrène, s'irrita, s'enflamma à la longue, acquit en volume ce qu'elle perdait en dureté, et passa à un autre degré d'organisation, dans lequel l'os se vascularise, se *carnifie* pour ainsi dire. Le séquestre, au contraire, ne recevant plus l'impression d'aucune force vitale, se trouva rongé sur ses bords par l'absorption qui détruisait les dents de ses engrenures; le nombre de ses adhérences diminua de toutes parts, et, agissant comme un corps étranger, il développa de nouveau

une inflammation secondaire ; quatre fistules s'établirent ; Troja a observé que leur nombre est toujours en rapport avec l'étendue de la névrose (*de novorum ossium regeneratione* , 1775). Je ferai remarquer qu'on ne retrouva point dans ce cas le pus noirâtre dont on a tant parlé, et que Samuel Cooper, après Weidmann, rapporte, ce semble avec raison, non point uniquement à l'affection de l'os, mais au mauvais état de la santé générale du malade et aux complications facheuses. On reconnaîtra facilement cette période, dite d'explication, dans l'alinéa B.

C. *Troisième période.* La grande surface de l'os nécrosé et la difficulté qu'il présentait à être expulsé, rendirent long le travail d'élimination. Les bourgeons charnus que depuis Celse on a appelés caroncules (*de médec.* l. VIII, c. 2), nés de la surface externe de la table profonde, avaient soulevé et détaché le séquestre: mais aucune ouverture suffisante n'existait pour lui livrer passage. C'est alors surtout qu'il eût été avantageux pour le malade de recourir aux hommes de l'art, au lieu de s'abandonner aux mains des charlatans. L'affection réagit profondément sur l'économie ; les fonctions s'altérèrent ; la santé s'affaiblissait et s'épuisait de jour en jour ; c'est alors que les bourgeons charnus deviennent saignans pour la moindre cause, ce qui nous explique les nombreuses hémorrhagies qui ont eu lieu dans les dix derniers mois.

Je n'ajouterai rien sur l'histoire spéciale de la nécrose, renvoyant pour d'autres détails au traité de Scarpa *de penitiori ossium structurâ* (publié par Léveillé, 1804).

Je dois insister sur quelques phénomènes qui se sont passés du côté du cerveau. Dès la seconde période, nous avons vu des signes de compression cérébrale se déceler par le penchant à l'assoupissement. Cette compression était-elle due à la tuméfaction de la table interne, ou au plus grand afflux de fluides que l'irritation appelait dans cette région ? peut-on répondre que ces deux causes réunies y ont contribué.

Les physiologistes qui admettent les effets croisés dans le sens antéro-postérieur, pour le cerveau, ne manqueront pas de remarquer que durant deux mois, il y eut ici paralysie de la sensibilité dans les membres inférieurs.

A la même époque il y eut aussi perte du goût ; je voulais, en faisant respirer le malade par l'ouverture taillée dans les os du nez, expérimenter s'il y aurait quelque changement dans l'olfaction. J'appris, à mon grand étonnement, qu'il ne sentait rien par les narines, que ses deux frères avaient l'odorat aussi peu développé que lui, qu'il ne percevait la sensation des odeurs que par la bouche, et que, sur la fin, il avait aussi perdu le goût, qui ne revint qu'après l'extraction du coronal nécrosé. Je me rappelai à ce sujet l'opinion de M. Duméril, qui pense que ces deux sens peuvent se suppléer, qu'ainsi le goût remplace l'odorat chez les cétacés qui n'ont pas de nerfs olfactifs proprement dits, comme les nerfs olfactifs remplacent le goût dans les poissons. (Spurzheim, 1818).

La paralysie des extrémités pelviennes influa notablement sur leur nutrition ; j'observai que l'amaigrissement qui suivit cette longue maladie, porta sur les membres abdominaux beaucoup plus que sur le tronc et sur les bras.

Il est presque superflu de remarquer combien l'extraction artificielle de l'os eût épargné de souffrances au malade, et abrégé la durée de cette troisieme période, dite d'élimination. L'os extrait, qu'est-il arrivé ? les bourgeons charnus se sont cicatrisés avec les parties molles, et il n'y a point eu de régénération osseuse ; et comment aurait-il pu y en avoir ? l'organe nécessaire dans ce cas spécial, le périoste était séparé de la table saine par le séquestre, et il avait même été détruit dans quatre points de son étendue d'une manière évidente. Il s'est peu à peu collé avec les caruncules qui ont été le moyen d'union de la cicatrice; l'os sain est insensiblement revenu sur lui-même ; il a repris sa forme et sa dureté, ce qui fait que la configuration générale du front a été peu altérée, et que le malade ne serait point difforme, si ses paupières n'avaient été lésées d'une manière irrémédiable.

Petrequin, D.-M. P

Quelle est la méthode que l'on doit préférer dans le traitement de la phthisie pulmonaire? par M. Salmade, membre de l'Académie royale de médecine.

Toutes les phthisies pulmonaires, soit héréditaires, soit accidentelles, ont une grande ressemblance sous le rapport des altérations dont les poumons sont le siége. On ne rencontre pas aussi souvent qu'on pourrait se l'imaginer des phthisies accidentelles, et il est vrai de dire que la phthisie scrophuleuse attaque plus de sujets à elle seule, que toutes les autres espèces admises par des nosologistes qui ont en effet poussé trop loin leur division, et ont pensé que chaque cause déterminait une espèce particulière. Mais, quelle que soit la cause qui ait produit cette maladie, les ouvertures des corps démontrent qu'il y a toujours des tubercules dans les poumons des phthisiques. Il faut donc qu'il y ait eu une altération primitive des fluides lymphatiques, un état spécial propre à la production de ces lésions strumeuses.

Nous ne rapporterons pas ici tous les désordres que l'on rencontre dans ces autopsies cadavériques, toutes leurs variétés, quelque désir que nous ayons de faire connaître par cette description la cause qui leur a donné lieu, et de faire juger quels remèdes pourraient être regardés comme les plus efficaces. Ces détails sont bien connus ; on les trouve exactement tracés dans les ouvrages des médecins anatomistes qui ont spécialement étudié les maladies du poumon, et à qui il était réservé de dissiper les ténèbres dont cette matière était enveloppée. Cependant, malgré les progrès qu'ils ont fait faire à la science médicale, on ne peut se dissimuler qu'ils n'aient laissé encore bien des doutes à éclaircir,

et c'est d'après ces vues que je vais essayer d'exposer la méthode curative que je conçois être la plus susceptible de remédier à ces désordres.

On éprouve un juste étonnement en voyant consignées dans les divers ouvrages tant de guérisons de phthisie que l'on attribue à un si grand nombre de remèdes dont l'action est différente ou même diamétralement opposée. Les médicamens que l'on a tour à tour préconisés et délaissés dans le traitement de cette maladie, sont en général excitans ou calmans.

Les excitans impriment aux organes une énergie qui les aide à se débarrasser des fluides dont ils sont abreuvés; ils facilitent la circulation et déterminent la résolution des engorgemens. Les agens qui diminuent le spasme, l'irritation des parties et font cesser les obstacles qui gênent la nature dans le développement de ses efforts, sont les calmans. Si ces moyens pouvaient conduire au même résultat avec la même certitude et dans le même espace de temps, l'usage des uns ou des autres serait indifférent, mais tout prouve qu'il n'en est pas ainsi. Il est nécessaire de considérer dans la phthisie pulmonaire l'état antérieur et l'état présent de l'organe affecté, de s'attacher à découvrir, dans le premier degré de la maladiè, l'issue qu'on peut en espérer. Les indications générales à remplir, c'est de chercher à s'opposer à l'exaltation du système sanguin, à diminuer le spasme des vaisseaux capillaires qui existe dans les diverses périodes, à éloigner les causes d'excitation du système nerveux et les phénomènes d'irritation qui les accompagnent, à déterminer la résolution des indurations, des congestions lymphatiques, à enrayer la maladie et à obtenir la cicatrisation des excavations tuberculeuses et des ulcères. Dans le commencement on a recours aux moyens adoucissans, aux émissions sanguines, à un régime approprié, pour diminuer l'irritation et la phlogose qui en est la suite, pour dissiper l'engorgement des ganglions qui vient compliquer cet état; et cependant le traitement doit être principalement dirigé d'après la cause préexistante matérielle. Or, c'est presque toujours le vice scrophuleux qui détermine cette affection, laquelle, dans ce cas, ne diffère réellement des autres altérations du système lymphatique que par son siége; aussi les remèdes propres à détruire les engorgemens stéatomateux provenant des maladies de la lymphe, les remèdes internes destinés à modifier l'économie et à relever l'action vitale, les toniques employés dans le but de changer l'organisation qui est elle-même toujours altérée, peuvent produire de bons effets. Pourquoi ne traiterait-on pas la phthisie pulmonaire comme on traite les tumeurs? C'est pourtant la même maladie dépendant de la même cause; seulement elle a porté son action sur les poumons. Cette question mérite la plus sérieuse attention, elle est du plus haut intérêt pour la science. Depuis longtemps on a observé que les adoucissans, la diète lactée, les farineux ne convenaient pas dans la phthisie scrophuleuse, et cependant on continue de les prescrire. C'est une contradiction manifeste, puisque l'expérience a démontré que les stimulans, les amers, les dépuratifs et les résolutifs sont les moyens propres à détruire le vice du système lymphatique, et agissent le plus favorablement sur la maladie générale, comme j'en ai la conviction, et ainsi que le confirment les nombreuses observations publiées par les praticiens les plus expérimentés.

La phthisie au premier degré peut trouver une solution favorable dans l'usage des adoucissans, des infusions des plantes mucilagineuses et dans le régime. Ce traitement doux peut faire disparaître la susceptibilité pulmonaire, l'irritation du système bronchique et le crachement de saug, ralentir la marche de la maladie, et en suspendre le développement; aussi sommes-nous convaincus que la méthode antiphlogistique est nécessaire et même avantageuse dans deux degrés de la phthisie, mais il n'en faut pas conclure qu'elle y soit suffisante pour opérer la guérison, toujours très-difficile et très-rare, et c'est ici que l'on rencontre les obstacles que présente le traitement de cette maladie.

Au commencement, lorsqu'il ne s'agit que de détruire une irritation des bronches, une phlegmasie du tissu pulmonaire, les calmans, les délayans, les adoucissans, les émissions sanguines, suffisent, sans doute, dans le plus grand nombre de cas, avec les dérivatifs qui portent l'excitation sur un autre système d'organes; mais il faut aussi parvenir à résoudre les engorgemens partiels de ce tissu et les dégénérations tuberculeuses. Si la méthode antiphlogistique remplit le premier point, les toniques seuls, employés de manière à ce qu'ils ne causent pas trop d'irritation, peuvent mener au second, lorsque la disposition inflammatoire n'existe pas, que la phthisie n'est pas encore déclarée, ou que la maladie passe au second degré, dont le diagnostic est souvent incertain, parce qu'il est difficile de déterminer avec précision ce qui n'est qu'une modification de l'état précédent.

Il en est de même dans le dernier degré de la phthisie : les antiphlogistiques combattront avec avantage l'irritation et l'inflammation des tubercules convertis en vomiques; mais les toniques seront également nécessaires pour aider l'évacuation de la matière purulente, et pour faciliter la résolution des surfaces intérieures des parois des kystes, qui se rapprochent, se détergent, et finissent plus ou moins par se cicatriser.

Lorsque les symptômes d'irritation et d'inflammation sont diminués ou combattus, et surtout s'il n'existe aucune contre-indication, on a recours aux agens médicamenteux qui offrent à la thérapeutique des ressources puissantes pour tâcher de ranimer les solides, et de favoriser la résolution que la nature peut amener dans les engorgemens des ganglions lymphatiques du poumon. En détruisant la cause, l'effet cesse; alors la maladie est susceptible de s'amender et de guérir.

Mais souvent l'inflammation se manifeste de nouveau. Dans ce cas, quels que soient les remèdes toniques qu'on ait employés, même en les combinant avec les substances qui en diminuent l'activité, on revient à la méthode des adoucissans pour réprimer les mouvemens irréguliers, ou l'excès des forces sensitives. On recommence ensuite l'usage des fortifians, car les calmans

ne sont que palliatifs, ils ne guérissent pas la phthisie dans ses différens degrés, et l'inflammation se renouvelle toujours plus ou moins de temps après leur emploi. Enfin, lorsque les toniques échouent, que l'inflammation revient à chaque changement de méthode, on reste spectateur impuissant de la marche de la maladie, et l'on voit périr le malade après avoir inutilement tenté d'imprimer aux efforts de la nature une bonne direction.

Les toniques n'ont pas besoin d'être précédés par l'usage des antiphlogistiques dans le traitement préservatif de la phthisie, chez les enfans que leur constitution scrophuleuse menace d'une phthisie héréditaire.

Sur la fin du dernier degré de la phthisie, lorsque l'exacerbation des symptômes ne laisse plus d'espoir de guérison, les toniques doivent être abandonnés; ils ne pourraient qu'aggraver un mal déjà si facile à s'exaspérer sous l'influence de la plus légère irritation; on peut même dire qu'à cette époque ils contribuent encore à l'augmentation de la diarrhée, de la chaleur, à l'aggravation de l'état fébrile, et l'on doit se borner, dans ce cas désespéré, à modérer la violence des symptômes par l'emploi des calmans, des narcotiques, qui adoucissent les souffrances des malheureux phthisiques que dévore une fièvre presque continuelle. C'est alors qu'on voit les boissons adoucissantes procurer des avantages qu'on attendrait en vain de divers autres médicamens. Le lait d'ânesse, le lait de vache, coupé avec des décoctions mucilagineuses; les boissons d'eau de veau, d'eau de poulet, de bouillon de grenouilles, de limaçons, de tortues, la gelée de lichen d'Islande, produisent aussi des effets dont les résultats sont appréciés dans le plus grand nombre de cas. Tous les moyens perturbateurs, au contraire, doivent être sévèrement interdits; ils augmentent la sensibilité déjà exaltée des phthisiques. L'expérience, le raisonnement se réunissent pour prouver qu'ils sont dangereux dans le dernier degré de la maladie. D'un autre côté la diminution des forces et l'état d'épuisement ne permettront pas de recourir aux émissions sanguines : quels effets avantageux pourrait-on en espérer? Il est important de soutenir les forces, autant qu'on le peut, mais il ne faut donner que des alimens doux, incapables de développer beaucoup de chaleur pendant l'acte de la digestion.

On voit que le traitement doit être souvent opposé dans les diverses périodes; et si l'on n'a pas su le varier ni se défendre d'insister sur les adoucissans devenus insuffisans, cette dernière médication trop prolongée produit un état de faiblesse qui se communique à tout le système.

On doit chercher à fortifier l'organe pulmonaire pour le préserver des désordres dont il peut être menacé par la disposition générale. Dans ce dernier cas, les toniques, les apéritifs, les anti-scorbutiques, les mercuriaux, les ferrugineux, l'eau de goudron et les amers, ont une propriété marquée, ainsi que tous les remèdes qui, par leur action, peuvent exciter dans le système lymphatique quelque mouvement salutaire. Les eaux sulfureuses de Bonnes, de Cauterets, de Bagnères, de Barège, du Mont-d'Or, sont administrées avec le plus grand succès, spécialement dans les affections tuberculeuses commençantes du poumon. Ces eaux excitantes, réunies aux révulsifs permanens, aux ventouses sèches, aux sétons, à l'application multipliée de cautères entre les intervalles des côtes, et surtout de moxas, produisent une amélioration sensible et des guérisons inattendues. C'est par cette médication variée et modifiée qu'on parvient à diminuer l'intensité des symptômes prédominans, à rappeler dans tous les systèmes l'énergie qui leur manque, à ralentir, à borner même le développement des tubercules, à en empêcher la fonte purulente, et à en faciliter la résorption.

Le régime alimentaire et les soins hygiéniques doivent aussi, dans le traitement de la phthisie, féconder l'action des remèdes. Ils concourent avec eux à produire des changemens notables dans l'organisme. La diète est très-nuisible aux phthisiques; elle ne diminue pas la fièvre ni l'excitation pulmonaire; elle augmente encore la faiblesse, l'amaigrissement et la débilité.

On sait qu'il est utile de faire journellement de l'exercice, soit à cheval, soit à âne, soit en voiture; de changer d'air; de respirer l'air pur de la campagne; de jouir d'une grande tranquillité d'esprit, en éloignant les idées tristes qui affectent l'imagination, et en se procurant des distractions agréables. On sait encore combien il est important d'aller passer les hivers sous les climats du Portugal, de l'Espagne, de l'Italie, de Nice, des îles d'Hières, et des départemens méridionaux de la France.

Les frictions sur l'habitude du corps, l'usage des vêtemens de laine sur la peau, sont, parmi les moyens employés, ceux qui tendent le mieux à relever les forces languissantes et à détruire les causes prédisposantes et locales qui contribuent au développement de la pulmonie. Les médecins préconisent avec raison les avantages qu'on retire de tous ces agens hygiéniques, et l'on ne manque pas d'exemples de guérisons opérées par leur secours.

Mon intention a été, comme on l'a vu, de ne parcourir qu'un espace du vaste champ de l'histoire de la phthisie pulmonaire, et de développer, d'une manière plus spéciale, les préceptes que nous ont laissés sur ce point tant de médecins célèbres. Aujourd'hui que la médecine, qui ne doit être qu'une science de faits, est heureusement ramenée dans la route de l'observation, j'ai dû m'attacher à ne pas m'écarter de cette voie, persuadé qu'en la suivant, je ne pouvais que recueillir des idées plus précises sur la nature, sur la cause de la phthisie, et sur le traitement qui lui convient. Enfin, mes études anatomiques et cliniques m'ont prouvé que cette cause n'est autre que le vice scrophuleux qui se propage dans les familles par une disposition héréditaire de l'organisme, ainsi que je l'ai déjà démontré dans les considérations que j'ai publiées sur la transmission de la phthisie pulmonaire, des pères aux enfans. Fidèle à cette doctrine, et pénétré de l'idée qu'on n'est pas encore assez convaincu du degré d'alté-

ration que ce principe destructeur produit dans l'économie, et des diverses affections chroniques qu'il occasionne, j'ai exposé la méthode de traitement qui m'a donné les résultats les plus heureux, et qu'il conviendrait de mettre en usage comme la mieux éprouvée, soit pour prévenir le développement des tubercules chez les individus qui y sont disposés, soit pour en arrêter le cours, ou du moins les rendre stationnaires chez ceux qui en seraient déjà atteints, en un mot pour combattre les phénomènes constitutifs de la maladie dans ses diverses périodes, et parvenir, s'il est possible, à obtenir la guérison. L'examen le plus scrupuleux, les recherches les plus exactes qui me sont propres, et beaucoup d'autres faits authentiques rapportés par Salvadori, Sydenham. Reid, Raulin, Portal, Bayle, Laënnec, et puissamment justifiés par le raisonnement, m'ont attesté les bons effets de cette méthode contre cette maladie meurtrière qui moissonne une assez forte partie de l'espèce humaine, surtout à l'époque de la vie où la nature semble devoir lui résister davantage. Si toutes ces considérations, appuyées par une série d'observations que je rapporterai, pouvaient appeler l'attention des praticiens, et les exciter à de nouvelles investigations qui amèneraient à fixer l'opinion sur la médication qu'il faut préférer dans le traitement de la phthisie pulmonaire, la question finirait par être victorieusement résolue.

Nouveau bandage pour la fracture de la clavicule; par M. Jaquet, médecin à Saulx (Haute-Saône).

Mon bandage n'est pas tout à fait aussi simple que celui de M. Mayor de Lusanne; c'est un défaut, je le sais, quand d'autres avantages ne font pas compensation; mais il n'est pas difficile à préparer, et l'on trouvera toujours parmi les haillons du pauvre, comme dans la garde-robe du riche, les pièces propres à le confectionner.

On a déjà inventé un si grand nombre d'appareils pour les fractures de la clavicule, que je ne sais pas jusqu'à quel point le mien peut ressembler à d'autres. Je le crois à peu près nouveau.

Avant de procéder à la confection de cet appareil, il faut se figurer la position dans laquelle doivent être le bras et l'avant-bras, après la réduction. Le bras devra être placé contre le corps dans une obliquité telle, que le pli du coude se trouve au-dessous du mamelon du même côté; l'avant-bras demi-fléchi, formant par conséquent avec le bras un angle à peu près droit, remontera vers l'autre épaule; et les phalanges de la main seront appliquées sur l'apophyse coracoïde.

Supposons maintenant qu'on ait à soigner une fracture de la clavicule gauche.

On fera un bandage de corps assez large pour s'étendre du coude à l'aisselle; et assez long pour croiser de deux pouces ses extrémités près du mamelon droit, après avoir entouré la poitrine ainsi que le bras et l'avant-bras gauches.

Sur ce bandage, du côté qui sera en rapport avec le bras et l'avant-bras demi-fléchis, et dans l'étendue qui doit recouvrir ce membre, on taillera une pièce de linge, en forme de triangle, dont un côté, supérieur, sera libre et longera le bord supérieur du bandage; les deux autres côtés, réunis par un angle arrondi comme le coude au bord inférieur du même bandage, seront cousus solidement à celui-ci, ainsi que leur angle de réunion. Ces deux derniers côtés, dont l'un peut s'appeler *couture brachiale* et l'autre *couture anti-brachiale,* devront former le même angle que le bras et l'avant-bras après la réduction. Le triangle, ainsi cousu au bandage, constituera un cul-de-sac destiné à recevoir le membre, presque depuis l'aisselle jusqu'au poignet.

Si l'on veut se servir du coussinet sous-axillaire, on le fixera à côté et en dedans de la couture brachiale, derrière la pièce triangulaire et à celle-ci seulement.

Les deux extrémités du bandage sont taillées obliquement; celle qui est près de la couture anti-brachiale est coupée à un pouce de celle-ci et selon la même direction; par conséquent aux dépens du bord inférieur: l'autre extrémité doit être taillée en sens inverse; c'est-à-dire aux dépens du bord supérieur du bandage; mais elle doit avoir une obliquité à peu près moitié moindre, afin qu'après son application l'appareil soit plus évasé en haut qu'en bas, pour s'adapter à la forme conique de la poitrine.

Quatre tresses, longues d'un pied, et pliées de manière à présenter chacune deux bouts de longueur inégale, seront cousues par leurs plis, à égale distance, sur l'extrémité du bandage, près de la couture anti-brachiale, quatres trous ou œillets seront pratiqués à l'autre extrémité, vis à vis des tresses.

Trois fortes bandes scapulaires, larges d'un pouce et demi à deux pouces, et longues de seize pouces environ, sont cousues par une de leurs extrémités: l'une au bord libre ou supérieur du triangle, à côté et en dedans du coussinet; l'autre au bord supérieur du bandage de corps, à l'endroit qui devra correspondre aux cartilages sternaux gauches; et la troisième au même bord supérieur du bandage, à peu près à un pouce à droite de la précédente.

L'appareil étant achevé, on fait déshabiller le malade. Son bras demi-fléchi est placé dans le cul-de-sac: on entoure le corps avec le bandage, dont les deux extrémités sont confiées à un aide; et après avoir placé convenablement le coussin sous l'aisselle et examiné si tout est dans les proportions désirables, on opère la réduction, en ayant soin de relever le sein chez les femmes. On fait soutenir le coude; on passe les tresses du bandage dans les œillets correspondans; puis on les noue près de l'avant-bras gauche.

Les bandes scapulaires sont successivement tirées en haut, appliquées sur les remplissages, s'il y a lieu, et portées en arrière pour être fixées comme il suit, au bord supérieur du bandage de corps: les deux qui se trouvent à gauche sont croisées sur l'épaule blessée et

cousues, l'une derrière le dos, l'autre derrière le bord dorsal de l'omoplate gauche. La troisième bande est portée obliquement sur l'épaule droite et fixée de la même manière, derrière l'omoplate correspondante. Le côté libre du triangle est ensuite cousu, par son milieu, au bord supérieur du bandage.

Cet appareil est susceptible de plusieurs modifications, par exemple : chez les femmes dont les seins seraient très-développés, on éviterait la compression de la mamelle droite (nous supposons toujours une lésion de la clavicule gauche), en écartant un peu les tresses et les œillets, au niveau de cet organe. On aurait soin aussi de donner au triangle une plus grande étendue transversale et de lui laisser, dans le même sens, en le cousant, un peu de laxité sur le bandage; afin de pouvoir le rapprocher de celui-ci, par un point de suture pratiquée au côté droit du sein gauche, avant la réduction, lorsqu'on aurait placé le bras dans le cul-de-sac.

On peut augmenter ou diminuer le nombre des bandes scapulaires; on les place différemment, selon les indications; indications qui sont susceptibles de varier, d'après le siége d'une luxation ou d'une fracture. Ces bandes peuvent être serrées par des boucles placées au devant de la poitrine, ou bien avec des tresses et des œillets, comme dans le bandage de corps. Des boucles et des courroies pourraient être également employées aux extrémités de ce dernier.

Les coussinet sous-axillaire me paraît être assez utile, pour qu'on doive s'en servir dans la plupart des cas. Lorsqu'on en fait usage, on n'est pas obligé, pour maintenir la réduction, de serrer fortement le coude contre le corps; d'où il suit que les côtes inférieures jouissent d'une plus grande liberté, et que le sein, chez les femmes, est garanti de la compression. Ce coussin, fixé comme il l'est, ne peut pas glisser à côté ou au-dessous de l'aisselle; chose qui arrive souvent dans les autres appareils.

On voit que si ce bandage diffère de celui de M. Mayor, quant à sa structure, il tend à amener au moins les mêmes résultats. Comme dans le sien, les scapulaires, sans cesser de tirer l'épaule en haut et en arrière, préviennent, par leur obliquité, la rotation de l'appareil et fixent par conséquent invariablement le bras, dans la position qu'on lui a donnée. De plus, en augmentant le nombre, en changeant la direction et les lieux d'attache de ces bandes, on peut comprimer à volonté l'une ou l'autre des extrémités de la clavicule; avantage qu'on obtiendrait difficilement avec la double corne de M. Mayor.

Composé de plusieurs pièces, il ne forme cependant qu'un tout unique, dont on peut serrer ou desserrer séparément chaque partie, sans déranger les autres. Enfin pour peu qu'il soit bien préparé, il est d'une application très-facile, ne forme aucun pli, exerce une compression étendue et égale partout et peut rester appliqué pendant plus d'un mois sans fatiguer le malade.

J'ai reconnu au contraire que celui de M. Mayor, sans être trop serré, formait des plis, difficiles à éviter et que bien des individus supportaient avec peine. Il est vrai qu'il interpose les habits du malade et qu'alors la constriction est plus supportable; mais cette innovation, qu'il regarde comme très-utile, me paraît entraîner des inconvéniens. Il est difficile par exemple d'exiger que le blessé ne change pas de linge pendant toute la durée du traitement; il en changera donc et quelquefois même en l'absence du chirurgien: alors presque toujours la coaptation sera détruite et le bandage mal appliqué. Le chirurgien même étant présent ne pourra pas empêcher les mouvemens du bras; les parties lésées perdront plus ou moins leurs rapports; il faudra réduire de nouveau; de là nécessairement douleur pour le malade et retard dans le travail de consolidation. Et puis, verra-t-on facilement à travers les habillemens les plus minces si les os conservent leurs rapports? si les remplissages sont dans la place convenable? Ne faudra-t-il pas tout enlever chaque fois qu'on voudra s'en assurer?

Le bandange que je propose, appliqué sur la peau, n'empêche pas le malade de s'habiller, de changer de linge avec tout facilité et de vaquer à ses affaires. Le bras et l'avant-bras, ainsi placés, n'augmentent pas tellement la circonférence de la poitrine, qu'on ne puisse mettre une chemise et d'autres habits. L'appareil est couvert et l'individu ne présente rien d'extraordinaire dans sa mise.

---

42. — 15 OCT.

Recherches sur quelques points de l'étude de la gangrène pulmonaire, par M. GENEST, D.-M. P., ancien chef de clinique de la Faculté à l'Hôtel-Dieu.

(DEUXIÈME ARTICLE.)

Nous croyons avoir démontré (V. notre premier article, n° 38), que dans quelques cas la gangrène des poumons ne se développe que consécutivement à l'apoplexie pulmonaire, et nous avons rapporté trois observations où il est impossible de méconnaître la succession des divers phénomènes qui constituent le passage de l'épanchement du sang dans le tissu du poumon à la gangrène de cet organe (1). Mais nous n'avons point dit que cette cause fût la seule, et même nous n'avons pas cherché à apprécier quelle pourrait être la fréquence de ces cas comparés à ceux qui dépendent de causes

---

(1) Au moment où nous allions corriger les épreuves de cet article, nous trouvons dans un mémoire du docteur Burows sur les *altérations du sang*, une observation d'apoplexie du poumon avec gangrène pulmonaire. Le poumon droit du sujet contenait plusieurs noyaux apoplectiques dont la résorption était plus ou moins avancée, et le gauche, « une caverne assez vaste dans laquelle venait aboutir une bronche ulcérée avec odeur gangréneuse, et qui paraissait avoir été formée par la destruction et l'absorption du tissu pulmonaire, après qu'il avait été infiltré de sang extravasé. »

différentes. Nous nous sommes bornés à constater que la plupart des causes auxquelles on attribue d'ordinaire cette affection formidable sont insuffisantes ou même n'existent pas, et après en avoir conclu qu'il était nécessaire d'en rechercher d'autres, nous avons signalé celle qui a fait l'objet de la communication précédente.

Nous allons parler ici, sinon d'une nouvelle cause de la gangrène pulmonaire, au moins d'une condition qui nous a paru favoriser singulièrement son développement et que nous croyons n'avoir point été indiquée jusqu'ici. Nous voulons dire la *résorption purulente*. Nous commencerons d'abord par rapporter le fait suivant, qui nous offre un exemple bien tranché de l'action de cette cause morbide. L'observation a été recueillie en 1832, dans le service de M. le docteur Gaillard. médecin de l'Hôtel-Dieu, par M. Dubarle, aujourd'hui interne à l'Hôtel-Dieu, et qui a eu l'obligeance de nous en communiquer les détails. Nous étions présent à l'autopsie, et nous avons nous-même disséqué les poumons avec le soin et l'attention que réclament des faits importans et ceux surtout qui paraissent offrir quelques résultats nouveaux.

Obs. IV. — La nommée Julie Petain, d'une assez forte constitution, âgée de 25 ans, mère déjà de trois enfans, accoucha le 13 février 1832 pour la quatrième fois.

Deux jours après l'accouchement, elle fut prise d'un frisson qui fit bientôt place à de la céphalalgie et à des douleurs très-violentes dans l'abdomen. Ces douleurs allant beaucoup en augmentant d'intensité, un médecin appelé fit appliquer des sangsues sur l'hypogastre; les douleurs devinrent moins vives et la maladie parut prendre une marche plus lente.

Le 2 mars. La malade se décide à entrer a L'Hôtel-Dieu, accusant dix-sept jours de maladie; elle présente l'état suivant: elle est couchée sur le côté gauche, les cuisses rapprochées du tronc; toute autre position lui est désagréable; cependant parfois elle change de côté mais pour quelques instans seulement.

La physionomie exprime un abattement profond, les traits sont tirés. La malade se plaint de douleurs à l'épigastre et au-dessus du pubis, douleur qui augmente par la pression. Le ventre est souple dans tous ses points, et n'offre pas la moindre trace de météorisme.

L'excrétion des urines et des matières fécales paraît gênée. La malade dit même qu'elle n'a pas uriné depuis longtemps. Cependant l'absence de toute tension, de toute tumeur à la région hypogastrique détourne de pratiquer le cathétérisme.

La malade tousse fréquemment et expectore des crachats transparens, visqueux, sanguinolens, mêlés intimément à de petites bulles d'air; interrogée sur ce point, elle fait remonter sa toux à quelques jours, et l'apparition des crachats sanguinolens à deux jours seulement; elle affirme n'avoir pas ressenti de point de côté depuis le début de sa maladie, mais elle éprouve une assez forte oppression, et accuse une certaine douleur obtuse dans toute la poitrine.

La percussion donne un son mat à droite dans la presque totalité de ce côté; à gauche au contraire, le son est clair presque partout.

La respiration s'entend bien et assez pur à gauche, tandis qu'à droite on ne l'entend qu'en bas et en haut; et dans la partie moyenne il y a respiration bronchique et bronchophonie; à un pouce au-dessus de l'angle de l'omoplate, ces phénomènes sont même beaucoup plus marqués que partout ailleurs; mais sur aucun point de la poitrine on ne peut saisir de crépitation. La respiration est très-fréquente (40 par minutes); le pouls est très-petit et très-faible, et donne 120 pulsations. (Un large vésicatoire est appliqué sur le côté droit de la poitrine.)

La malade présente à peu près le même état jusqu'au 11 mars, jour de sa mort. Cependant les symptômes avaient paru perdre la veille un peu de leur intensité.

Autopsie.

Le cerveau n'a point été ouvert.

Thorax. Le cœur est à peu près à l'état normal: les plèvres n'offrent aucune trace d'adhérence entre elles, et ne contiennent point de liquide.

Le poumon droit offre sur plusieurs points de ses deux tiers inférieurs une infiltration purulente avec hépatisation et ramollissement notable de son tissu. Le lobe supérieur, qui est œdémateux, incisé, offre à sa partie moyenne une cavité pouvant contenir un gros œuf de pigeon; elle est tapissée par une membrane blanchâtre d'une ligne environ d'épaisseur, assez ferme et presque lisse à l'intérieur, et contient une matière purulente, noirâtre, évidemment formée d'un mélange de sang et de pus, et de quelques débris du tissu pulmonaire, mais sans odeur appréciable. Dans les deux lobes inférieurs on trouve trois ou quatre autres cavités analogues, remplies également d'une matière putrilagineuse sans odeur, mais d'une plus petite dimension; elles sont également tapissées par une espèce de kyste, offrant les mêmes caractères que celui que revêt l'intérieur de la cavité du lobe supérieur. Ceux de ces abcès qui se trouvent près de la surface du poumon sont faciles à distinguer avant d'avoir été ouverts, et par une légère saillie, et par la coloration qui est différente.

Le poumon gauche offre un peu d'œdème dans son lobe supérieur, et partout ailleurs est crépitant et paraît à l'état normal. Cependant, en l'examinant avec soin, nous retrouvons à sa partie antérieure et moyenne, et près de son bord antérieur, une cavité semblable aux précédentes, et du volume d'une noisette. Tout autour de cette cavité le poumon est parfaitement sain.

Abdomen. Au moment où les parois abdominales sont enlevées, les organes mis à découvert n'offrent rien d'anormal; le péritoine paraît être dans l'état normal, et ne pas contenir de liquide. Les intestins sont refoulés en bas par le foie, qui est très-volumineux et cependant n'offre rien de pathologique dans sa texture. L'épiploon s'étend jusque dans le petit bassin; en l'attirant au dehors, on le déchire et on donne issue à du pus bien lié

et de bonne nature, contenant des flocons albumineux ou debris de fausses membranes, et dans lequel baignaient les intestins. La quantité de ce liquide qui s'écoule immédiatement, peut être évaluée à une livre. Le péritoine et les organes contenus dans le petit bassin offrent une rougeur uniforme sur tous les points où il est en contact avec lui-même. La matrice n'est pas encore revenue tout à fait sur elle-même; son volume est encore quatre fois plus gros que dans l'état ordinaire. Les lèvres du museau de tanche sont molles, écartées, et permettent facilement l'introduction du doigt dans l'intérieur de l'organe. La surface interne de l'utérus contient une matière semi-fluide, d'un rouge sale, qui ne paraît point organisée, mais adhère intimement avec son tissu; on dirait du pus mêlé de sang, et dont la partie la plus fluide aurait été résorbée. Les vaisseaux veineux et lymphatiques de l'abdomen n'ont point été examinés.

Nous devons reconnaître d'abord que cette observation nous offre à la fois la pneumonie sous deux formes différentes : la pneumonie diffuse ou commune et la pneumonie lobulaire ou de résorption purulente; c'est de cette dernière seulement que nous allons nous occuper ici; car, d'après les détails anatomiques que nous n'avons pas besoin de reproduire, il est évident qu'on ne peut considérer ces cavités remplies d'un mélange de sang et de pus, d'une matière putrilagineuse, comme le résultat de la pneumonie diffuse qui occupait les deux tiers inférieurs du poumon droit, et dont elles étaient séparées par un kyste sur les points où elles se trouvaient au milieu du tissu hépatisé. Pour nous. la formation de ces cavités se rattache à la pneumonie lobulaire, à la pneumonie qui, chez les adultes, se lie le plus souvent à la résorption du pus et qui ne se développe que chez les sujets chez lesquels on trouve une suppuration abondante dans quelques organes. Nous ne prétendons pas que dans tous les cas de pneumonie lobulaire on observe les altérations que nous avons trouvées chez la femme Petain. Le seul point que nous voulons signaler ici c'est l'analogie presque complète qui existait pour nous entre ces cavités et celles que nous avons observées dans des cas de gangrène pulmonaire incontestés. Pour que le seul caractère de la gangrène du poumon qui manquait ici, savoir, la fétidité, eût été produite il aurait suffi que la rupture d'une bronche eût établi une communication entre la cavité et l'air extérieur; en même temps que le fluide putrilagineux se serait écoulé au dehors il n'aurait pas tardé à prendre l'odeur caractéristique. Telle est la marche que suit en effet quelquefois chez les enfans l'inflammation lobulaire, qui chez eux ne se lie pas constamment comme chez les adultes à la résorption purulente, et qui même chez eux est la forme la plus habituelle sous laquelle se présente l'inflammation du poumon. L'observation suivante, que nous empruntons à l'excellent travail de M. Berton sur les maladies des enfans (1), bien qu'elle ne se rattache point à une résorption purulente. va donner la preuve de ce que nous venons d'avancer.

Obs. V. — Renaud, âgé de 12 ans, fut admis à l'hôpital le 11 mars 1827, pâle, maigre, il toussait depuis longtemps. Le 1er avril, la peau était chaude; le pouls battait cent fois par minute; le malade toussait; la toux était profonde; son haleine fétide; sa langue blanche et humide. La percussion donne de la matité sous la clavicule droite; à l'auscultation on trouve un bruit respiratoire faible vers le sommet du poumon droit, râ e crépitant vers la même région.

Le 2 avril. En arrière, en haut et à droite, ainsi que sous la clavicule droite, existe du râle sous-crépitant; le thorax percuté vers ces points, est moins sonore; le malade expectore des crachats d'un gris brunâtre, non visqueux et très-fétides; son pouls est très-petit et bat 104 fois par minute.

Le 4, Le râle qui existait vers les points indiqués, est devenu muqueux; l'expectoration abondante présente toujours les mêmes caractères; le malade n'accuse aucune douleur particulière; cependant il gémit et se plaint sans cesse, sa figure est altérée, sa peau chaude, humide, et depuis deux jours il a un peu de diarrhée; son haleine est toujours très-fétide, sa langue plus rose.

Le 9. Il expectore environ un verre de sang noir mêlé de crachats; son pouls est petit et bat 112 fois.

Le 10. L'expectoration est encore sanglante, accompagnée de nausée, d'anxiété, d'agitation. L'expectoration mêlée de sang continue le 11; tout ce jour le malade est dans le délire, et meurt dans la nuit.

Autopsie. La cavité droite du thorax contient 4 onces d'un liquide sanieux, gris noirâtre, non visqueux, auquel ne sont point mêlés des caillots de sang. Ce liquide provient d'une caverne située dans le poumon droit; on lui a donné issue en déchirant quelques adhérences internes qui existaient entre les feuillets de la plèvre. La surface interne de cette caverne est tapissée par un putrilage molasse et grisâtre qui offre partout le même aspect et la même consistance, et s'étend sur toute la périphérie de l'excavation jusqu'à 3, 4 et même 8 lignes de profondeur. Le tissu pulmonaire ambiant et qui forme pour ainsi dire la coque de cette cavité, a un pouce d'épaisseur, quelquefois dur et même un peu plus vers le côté externe. Le tissu, d'ailleurs, est induré, d'un gris brunâtre dans certains points et rougeâtre dans d'autres. Il est généralement dense, coriace, et ne surnage point. *De nombreuses ouvertures bronchiques communiquent avec cette excavation*, et de nombreuses brides, tantôt sous forme de cloisons ou de colonnes, simulent ou augmentent les sinuosités déjà indiquées; tout le tiers inferieur du lobe inférieur droit est comme réuifié.

Le poumon gauche est souple, crépitant, nullement engoué. Les ganglions bronchiques sont volumineux et

---

(1) *Recherches sur l'hydrocéphale aiguë : sur une variété particulière de pneumonie et sur la dégénérescence tuberculeuse;* par M. Berton, D.-M.-P.; page 545 de la contrefaçon de Bruxelles.

d'un rouge foncé. Le péricarde contient un peu de sérosité transparente. Le cœur, plus volumineux que le poing de l'enfant contient un peu de sang caillé. La surface externe des gros vaisseaux est pâle.

Les organes digestifs ne présentent aucune lésion.

La grande cavité de l'arachnoïde contient plusieurs onces de sérosité transparente ; quelques points de l'arachnoïde et de la pie-mère ont perdu un peu de leur transparence; et offrent un peu d'infiltration, mais sans injection ni ramollissement de la substance cérébrale.

L'ouvrage de M. Berton contient plusieurs exemples de cavernes creusées dans l'intérieur des poumons et ayant succédé à des pneumonies lobulaires; mais le cas dont nous venons de rapporter les principaux détails est le seul où il se fût établi une communication avec les bronches, et qui conséquemment ait offert le caractère propre à la gangrène pulmonaire; la fétidité des crachats et des matières contenues dans la cavité. Cette observation suffit donc pour faire connaître comment un simple abcès du poumon peut donner lieu au développement de la gangrène pulmonaire, et comme, chez l'adulte, au moins, ces abcès ne se rencontrent que dans les cas de grandes suppurations ou de résorption purulente, on conçoit quelle influence cette dernière doit opérer sur la production de cet accident redoutable. Si nous jetons un coup-d'œil sur quelques-uns des cas de gangrène pulmonaire recueilli jusqu'ici, nous reconnaîtrons que plusieurs fois elle a été observée coïncidant avec une suppuration abondante. Ainsi sur les six cas qui ont été rapportés par Bayle, nous en trouvons un où cette circonstance est bien indiquée. C'est sa vingt-huitième observation dont le sujet a présenté outre la phthisie ulcéreuse ou gangrène pulmonaire, de vastes suppurations tant dans le médiastin que dans le péritoine.

M. Cruveilhier rapporte aussi dans son grand ouvrage d'anatomie pathologique, une observation de gangrène pulmonaire, recueillie chez un jeune homme de 20 ans, qui avait un érysipèle phlegmoneux. M. Tonnellé cite dans son rapport sur les fièvres puerpérales, observées à la Maternité pendant l'année 1829, une observation de gangrène pulmonaire survenue chez une femme (septième observation), qui était affectée de péritonite puerpérale avec phlébite utérine, et à l'autopsie de laquelle on trouva la cavité du péritoine remplie d'une sérosité purulente mêlée de fausses membranes; le col de la matrice et les ligamens larges infiltrés de pus, et la plupart des veines de l'utérus gorgées du même fluide. Chez cette femme il y avait au centre du poumon droit un foyer gangréneux de trois ou quatre pouces d'étendue et qui avait été annoncé pendant la vie par la fétidité des crachats. Dans une autre observation (sixème observation) M. Tonnellé rapporte avoir trouvé avec la suppuration de la matrice et de ses annexes, « des nodosités circonscrites dans les poumons, analogues à certains engorgemens hémoptoïques. » Ces noyaux circonscrits n'étaient probablement que des noyaux de pneumonie lobulaire qui, ainsi que nous l'avons dit dans le premier article, offre quelquefois une telle ressemblance avec les engorgemens *vraiment hémoptiques*, qu'il est difficile de les en *distinguer*. M. Tonnellé, dans le tableau qu'il a présenté à la fin de son travail, dit avoir trouvé sur 222 autopsies de femmes mortes à la suite de fièvres puerpérales, 3 cas de gangrène pulmonaire. Ce chiffre est remarquable et nous semble bien venir à l'appui de l'assertion que nous avons émise précédemment, savoir: l'influence de la résorption purulente sur la production de la gangrène pulmonaire.

Un autre auteur (1) qui s'est occupé aussi de l'étude des maladies des femmes nouvellement accouchées, et qui cite dans son travail cinquante-huit observations dont les sujets avaient succombé avec des suppurations abondantes, en rapporte deux où il y avait en même temps gangrène du poumon. Nous allons analyser ici la première de ces deux observations, celle qui nous paraît offrir le plus d'intérêt.

Inflammation de la veine spermatique gauche, avec gangrène du poumon.

Obs. VI. — Anne Comer, âgée de 42 ans, malade de l'infirmerie de Saint-James, jouissant d'une bonne santé, fut prise du mal d'enfant le 22 juillet, dans le courant du huitième mois de sa grossesse. Une hémorrhagie abondante étant survenue, on constata facilement qu'elle était produite par le décollement partiel du placenta, qui était attaché sur l'orifice de l'utérus. La main fut introduite, et la délivrance opérée par la version. Néanmoins la malade avait perdu une grande quantité de sang, et se trouva dans un état de faiblesse alarmant. Le 23 au soir, le pouls s'éleva à 140, avec céphalalgie, chaleur à la peau et impossibilité de supporter la lumière. Le 24, elle eut un léger frisson qui revint le 25, suivi d'une forte chaleur, d'une dyspnée considérable et d'une fréquence du pouls bien grande (140).

Les jours suivans, la fièvre fut moins forte et les exacerbations nocturnes ne reparurent plus; le pouls variait de 100 à 120; on était obligé d'avoir recours chaque jour au cathétérisme, et la dernière partie de l'urine obtenue avait un aspect semi-purulent, avec une odeur spéciale et désagréable. La pression sur l'abdomen ne déterminait aucune douleur, bien qu'il fût évident qu'il se passait là quelque chose de grave.

Le 2 août, l'oppression revint de nouveau avec une légère toux, mais sans expectoration. Le lendemain, après un long examen, la malade reconnut qu'elle ressentait un peu de douleur du côté gauche de la poitrine, et seize onces de sang furent tirées du bras.

Le 4, la douleur était soulagée, et le 5 elle avait entièrement disparu: mais le pouls restait à 120, la peau était sèche et chaude, la malade expectorait des crachats muqueux et un peu spumeux, et on sentait tout autour d'elle une odeur désagréable.

(1) Researches on the pathology, and treatment of some of the most important diseases of women, by Robert Lee, M. D.



Le 6, il y avait moins de fièvre; la faiblesse était excessive, les traits tirés et inquiets, et la respiration très-fétide.

Le 7, l'expectoration était plus abondante, épaisse et purulente; et quoiqu'on eut changé le linge de son lit, la fétidité n'était pas diminuée. Il était évident qu'elle était produite par la respiration. La mort survint le 9, dix-huit jours après l'accouchement.

Autopsie.

A l'ouverture de la poitrine, on sent une odeur extrêmement fétide se dégager de la plèvre gauche, dans la partie inférieure de laquelle on trouve trois ou quatre livres d'un liquide trouble mêlé de portions de lymphe coagulable. Il y avait en outre, à la surface d'une partie du lobe inférieur du poumon gauche, une certaine quantité de la même matière sous forme de flocons; et en voulant l'enlever, on mit à découvert une partie du poumon à l'état complet de gangrène. Ce lambeau, de la grosseur d'une forte noix, formait une masse noire, comme pulpeuse, et d'une fétidité insupportable; elle était contenue avec un peu de fluide noirâtre dans une cavité. Au moment où l'on pratiqua une incision sur l'escarre gangréneuse, une partie de cette dernière se détacha de la cavité où elle était contenue, tandis que l'autre resta attachée aux parois par quelques adhérences filamenteuses. La cavité elle-même est tapissée par une couche de lymphe coagulable qui a l'aspect d'une membrane uniforme. Immédiatement en dehors de cette caverne, le tissu pulmonaire offre une couleur un peu plus vive, mais du reste il semble n'avoir éprouvé aucune altération appréciable; partout ailleurs il est tout à fait à l'état normal. En incisant l'utérus qui offrait à peu près le volume qu'il devait avoir un mois après l'accouchement, il s'écoula des seins quelques gouttes de pus, et l'on reconnut promptement qu'il venait d'un abcès développé dans l'ovaire gauche. On constata que la veine spermatique de ce côté était malade et qu'elle était pleine de pus; ses parois étaient très-épaisses, et sa surface externe était tapissée d'une couche de lymphe coagulable qui l'oblitérait presque complétement. Ces altérations existaient sur tout le trajet de la veine jusqu'à sa jonction avec l'émulgente dont les parois étaient également épaissies et la cavité remplie de pus. La veine cave était parfaitement saine. Le péritoine n'offrait pas la moindre trace d'épanchement, et était tout à fait à l'état normal.

L'auteur qui a rapporté cette observation, pense que c'est la résorption du pus formé dans les veines utérines et spermatiques, qui a déterminé l'inflammation du poumon, et par suite la gangrène, et il rapporte un peu plus loin une autre observation de gangrène pulmonaire observée chez une femme qui avait succombé à une phlébite utérine. Nous pensons comme lui que c'est à la résorption du pus qu'on doit attribuer dans ces cas l'inflammation lobulaire, bien que nous ne puissions expliquer pourquoi ce mode d'inflammation passe si facilement à l'état gangréneux, tandis que dans la pneumonie diffuse ou non circonscrite cet accident est si rare. Mais a-t-on expliqué aussi pourquoi on trouve si rarement dans la pneumonie diffuse les abcès du poumon, tandis qu'ils sont si communs dans la pneumonie lobulaire? non; et il est probable que la même cause expliquerait aussi la plus grande fréquence de la gangrène des poumons chez les sujets atteints de pneumonie lobulaire.

De quelque manière au reste qu'on explique ces deux faits, savoir la fréquence des abcès du poumon et de la gangrène pulmonaire dans les cas de pneumonie lobulaire, soit qu'on les attribue à la rapidité qui suit dans ces cas l'inflammation du poumon, soit au contraire qu'on y reconnaisse une action spéciale du pus, qui, porté en nature au milieu du tissu sain du poumon, et s'y trouvant en contact avec une quantité de sang considérable, y déterminerait une inflammation spécifique, ces deux faits ne nous en paraissent pas moins incontestables, et pour le moment il nous suffit d'avoir mis hors de doute l'influence de la résorption du pus, dans les cas de grande suppuration, sur la production de la gangrène pulmonaire. Nous laissons à d'autres à en donner l'explication, et nous nous hâtons de dire quelques mots sur le traitement.

On doit distinguer ici, comme à l'occasion de plusieurs autres maladies, le traitement préservatif du traitement curatif; et si les recherches que nous publions sur la gangrène pulmonaire ont quelque importance, c'est à nos yeux surtout, parce qu'elles ont pour but d'appeller l'attention des médecins sur cet accident à une époque où il n'est point encore développé.

Ainsi, toutes les fois que dans un cas d'hémoptysie on aura lieu de croire que l'hémorrhagie n'est point le résultat d'une irritation locale, constamment on aura à redouter la gangrène pulmonaire; de même aussi, dans les cas de suppuration profonde, on devra craindre non-seulement la pneumonie lobulaire ou partielle, mais encore la gangrène pulmonaire qui en est quelque fois la conséquence. Mais quel est le traitement préservatif que l'on doit employer dans ces deux circonstances différentes? Ici nous trouvons de nouvelles difficultés, et, nous devons le dire d'abord, en partie insolubles, dans l'état actuel de la science. Voici cependant ce qu'il nous semble rationnel d'établir dans ces deux circonstances différentes.

1° Dans le cas d'une hémoptysie, si on a lieu de soupçonner qu'elle dépende d'une altération du cœur, on devra avoir recours à tous les moyens propres à diminuer l'action morbide de cet organe, en même temps que, par d'abondantes saignées, on diminuera la masse du sang et aussi le danger d'un épanchement de sang dans le tissu même du poumon. Si au contraire on pensait que l'hémorrhagie fût le résultat d'un raptus du sang vers les poumons, comme nous en avons vu deux exemples remarquables chez les sujets des 1re et 2e observation, sans cause mécanique qui pût l'expliquer, nous pensons que les saignées générales devraient être employées avec moins d'énergie, et qu'il serait bon alors d'insister sur les saignées locales opérées sur des orga-

nes éloignés. Les révulsifs, vésicatoires, sinapismes, appliqués vers la base de la poitrine, pourraient encore être très-utiles. Nous reconnaissons cependant que ces moyens sont le plus souvent insuffisans dans la lutte que le médecin est appelé à soutenir contre les efforts de l'organisme.

2° Nos connaissances sur la résorption purulente, sur les causes qui la favorisent ou la contrarient, sur la manière dont elle produit ses effets sont encore si imparfaites qu'il nous paraît impossible de jeter les bases d'un traitement préservatif. Il nous semble probable pourtant que c'est spécialement dans l'état général de forces du sujet que les indications doivent dans ces circonstances être puisées; mais nous ne pourrions déterminer exactement de quelle nature doivent être ces indications; nous préférons attendre le résultat des recherches qui sont entreprises de toutes parts sur ce sujet par de nombreux observateurs, et qui, nous avons le droit de l'espérer, nous feront probablement connaître quelques-unes des lois que suit le résorption du pus dans sa marche et dans le développement des accidens qu'elle détermine.

Si nous n'avons eu que des données extrêmement vagues sur le traitement préservatif de la gangrène pulmonaire dans les deux conditions qui nous ont seules occupé, il n'en est plus de même lorsqu'il est question du traitement curatif. Il y a cependant peu de temps encore que cette maladie était considérée comme presque nécessairement mortelle. Laënnec dit bien, il est vrai, avoir vu guérir plusieurs malades qui en avaient présenté tous les symptômes, mais il n'a consigné dans son ouvrage aucun cas de guérison. Cependant depuis quelques années ces cas se multiplient, et déjà la science en possède un nombre assez considérable pour qu'il ne soit plus permis de regarder la gangrène des poumons comme une maladie nécessairement mortelle. Laënnec dit même que parmi les sujets qu'il a vu guérir quelques-uns devaient avoir eu, à en juger par l'étendue de la pectoriloquie, des excavations gangréneuses très-vastes.

La seule médication sur laquelle nous voulons appeler ici l'attention et qui nous paraît devoir être utile également pour tous les cas de gangrène pulmonaire, dans quelque condition qu'elle se soit développée et celle sous l'influence de laquelle le nombre des cas de guérison semble avoir augmenté ces dernières années, c'est le traitement par les préparations chlorurées employées à l'extérieur et à l'intérieur. Déjà dès l'année 1825 nous avons vu M. le professeur Récamier faire entourer un malade atteint de gangrène pulmonaire, de vases d'où se dégageait du chlore. En 1829, le docteur Graves de Dublin employait le chlorure de chaux chez un homme qui avait offert tous les symptômes de la gangrène pulmonaire après être resté dans un état d'ivresse étendu nu sur le pavé pendant tout une nuit. Il lui avait prescrit chaque jour trois et ensuite quatre pilules composées chacune de trois grains de chlorure de chaux et d'un grain d'opium. La fétidité de l'air expiré et des crachats disparut bientôt; on cessa le traitement; mais au bout de trois jours, les symptômes de gangrène pulmonaire ayant reparu, on recommença le traitement et avec les mêmes avantages, et le sujet sortit guéri de l'hôpital.

Nous avons vu dans les premiers jours de 1833, M. le professeur Chomel employer avec un succès complet les inspirations de chlore chez un sujet qui offrait les symptômes les plus importans de la gangrène pulmonaire. D'abord, ces inspirations furent mal supportées et même on fut obligé de les suspendre à plusieurs reprises en raison de l'irritation qu'elles déterminaient. Mais déjà au bout de douze jours la fétidité de la respiration des crachats avait complétement disparu. Nous savons que depuis cette époque plusieurs médecins des hôpitaux de Paris ont employé la même médication et avec succès; et les journaux anglais nous ont appris aussi que le chlorure de soude et le chlore ont été employés avec avantage en Angleterre dans le traitement de la gangrène pulmonaire. Des succès aussi nombreux prouvent plus en faveur de l'emploi des préparations chlorurées que les raisonnemens théoriques les plus solidement établis. Aussi regardons-nous cette médication comme indiquée dans tous les cas de gangrène pulmonaire, à quelque cause qu'on puisse les rapporter, toutes les fois que l'air expiré et les crachats ont pris cette fétidité caractéristique de la gangrène du poumon et qui est si fâcheuse pour le malade lui-même.

Quant au mode d'administration de ces préparations, il serait difficile de décrire lequel est le meilleur. Dans un cas nous voyons le chlore inspiré avec de la vapeur d'eau; dans d'autres le chlorure de chaux ou de soude sont pris à l'intérieur sans qu'il soit possible de trouver une différence appréciable dans le résultat. Cependant nous pensons que dans tous les cas il sera utile de faire arriver le chlore dans l'intérieur des poumons par le moyen des fumigations, et de détruire ainsi dans leur origine les miasmes infects qu'exhalent les cavernes gangréneuses.

Nous croyons n'avoir pas besoin de dire que l'emploi des préparations chlorurées ne doit pas dispenser des autres médications qui pourraient paraître indiqués; ainsi, si, comme M. Guislain l'a observé chez les aliénés, la gangrène du poumon se développait sous l'influence d'un refus opiniâtre de prendre des alimens, on devrait avoir recours aux moyens propres à combattre cette détermination; car l'emploi des préparations chlorurées ne peut dispenser de suivre les indications thérapeutiques propres à chaque cas.

—

Nº 43. — 22 Oct.

Mémoire sur la détermination des diverses espèces de luxations de la rotule, leurs signes et leur traitement; par J.-F. Malgaigne, professeur agrégé à la Faculté de Paris, chirurgien du bureau central.

(Quatrième et dernier article. — Voir les n. 28, 30 et 36.)

VI. *Luxations de champ ou verticales.*

Il reste enfin, pour compléter l'histoire des luxations accidentelles de la rotule, à traiter d'un déplacement que son étrangeté a fait longtemps révoquer en doute par les pathologistes; je veux parler de cette singulière luxation *de champ*, dans laquelle la rotule fixée sur le fémur par un de ses bords, se dresse perpendiculairement sur cet os, ses faces antérieure et postérieure étant devenues interne et externe. Si l'on ouvre les principaux traités de chirurgie, on trouve que Moscati est le premier qui en ait parlé; après lui, Manne et Léveillé n'en ont dit un mot qu'avec l'air du doute; Boyer va plus loin et soutient qu'elle est impossible; Delpech, sir A. Cooper, Sam. Cooper, Chélius, la passent sous silence. Enfin Monteggia, qui en mentionne quelques cas, la regarde du moins comme profondément plus rare que les luxations incomplètes ou obliques.

On n'en cite point d'exemple observé avant le milieu du dernier siècle, et Abbondio Gelodi, chirurgien à l'hôpital de Milan, paraît l'avoir rencontrée ou du moins reconnue le premier. Un second cas s'en présenta à Florence en 1777; Manzotti raconte qu'un chirurgien de cette ville en communiqua l'observation à l'Académie royale de chirurgie, avec une autre dont le sujet était une religieuse; mais les chirurgiens de Paris refusèrent d'y croire (1). Aujourd'hui, malgré le silence gardé par les principaux écrivains, les observations de ce genre sont devenues assez nombreuses, non-seulement pour ôter toute espèce de doute, mais encore pour permettre d'en tracer une histoire à peu près complète.

Bien qu'elles ne semblent, ainsi que je l'ai dit, qu'une variété des luxations incomplètes, elles diffèrent d'abord des simples luxations obliques, en ce qu'elles se font aussi bien du côté interne que du côté externe; nous trouverons même un plus grand nombre de déplacemens en dedans qu'en dehors. J'entends par *luxation verticale interne*, celle où la rotule a été poussée en dedans, et où sa face postérieure regarde de ce côté; les circonstances opposées font la *luxation verticale externe*. Quant aux causes, ce sont des luxations obliques, un choc sur le bord interne de la rotule ou sur son bord externe, ou une forte contraction musculaire. Cette dernière cause est plus difficile à concevoir que la première; et le mécanisme du déplacement demeurerait explicable, si l'on n'admettait des contractions spasmodiques partielles des muscles qui s'insèrent à la rotule.

Les symptômes sont faciles à saisir; peut-être y aurait-il seulement quelque difficulté à reconnaître si c'est bien le bord interne ou le bord externe de la rotule qui appuie sur le fémur; mais la torsion du tendon extenseur et du ligament rotulien ne laissera sur ce point aucun doute. La jambe est plus ou moins étendue; cependant, comme la torsion des muscles est plus grande, et que leur contraction a été probablement plus énergique, l'extension absolue paraît plus fréquente ici que dans les luxations obliques.

La réduction est généralement très-difficile; toutefois, chose remarquable, ici comme pour les luxations obliques, la cause du déplacement exerce une réelle influence, et la luxation due à des contractions musculaires est bien plus aisée à réduire. En voici un premier exemple.

Luxation verticale externe produite par l'action musculaire, réduction facile; par M. Martin, de Lyon (1).

Obs. XVIII.— Mademoiselle de Bec-de-Lièvre, âgée de 15 ans, d'une moyenne stature et ayant peu d'embonpoint, était arrivée au cinquième jour d'une rougeole bénigne, lorsque, le 20 février 1829, en se retournant dans son lit et rapprochant sa jambe droite de la gauche, elle éprouva dans le genou droit une espèce de craquement suivi bientôt d'une douleur violente qui lui fit pousser des cris aigus. Appelé pour lui donner des soins, M. Martin trouva le membre dans un état d'extension forcée, et le genou déformé par un déplacement de la rotule. Le bord interne de cet os était en contact avec la partie antérieure et moyenne de la poulie articulaire du fémur, et son bord externe faisait saillie en avant et au-dessous de la peau, sa face postérieure était dirigée en dehors, et sa face antérieure en dedans; le côté externe de l'articulation offrait une dépression dans laquelle trois doigts réunis pouvaient facilement se loger; le côté interne présentait une saillie convexe, formée évidemment par une partie de la face antérieure de l'os déplacé. Tout le membre était porté dans le sens de l'abduction, et les muscles extenseurs se trouvaient violemment tendus; le moindre changement dans la position du membre excitait de vives douleurs, et le toucher n'en produisait que sur le ligament inférieur de la rotule. Quoique la luxation existât depuis quatre heures, on n'observait ni engorgement ni ecchymose dans l'articulation.

Pour réduire cette luxation, M. Martin fit fléchir la cuisse sur le ventre, afin de mettre les muscles extenseurs dans un état de relâchement; puis il saisit fortement la rotule avec les deux mains, et l'attirant à lui dans le sens de sa position vicieuse, il lui imprima ensuite un mouvement de bascule et la fit rentrer dans sa position naturelle.

(1) Voyez Monteggia, *Instituzione chirurgiche.*

(1) Archives générales de médecine, t. 20, p. 260.

L'auteur en terminant fait observer que les articulations du genou étaient peu relâchées, les rotules d'un petit volume et d'une extrême mobilité, et qu'enfin la malade, quelques mois auparavant et à la suite de longues courses, avait éprouvé, dans le genou, des douleurs que le repos suffisait à faire cesser mais qui étaient revenues à plusieurs reprises. Il existait donc très-probablement un relâchement des ligamens qui explique à la fois et la facilité de la luxation et la facilité de la réduction. Je ne m'arrêterai point à l'assertion de l'auteur touchant le siége que, selon lui, occupait le bord interne de la rotule; il est démontré désormais que dans toutes ces luxations obliques ou verticales, c'est le creux sus-condylien qui reçoit l'un des angles de l'os luxé. La précaution prise par le chirurgien de soulever la rotule avant de la faire basculer, eût été absolument inutile, si elle n'avait reposé que sur la poulie cartilagineuse.

Dans l'observation suivante, il ne paraît pas que la luxation ait été favorisée par la laxité des ligamens; la réduction a cependant été presque aussi facile.

Luxation verticale en dedans; réduction facile; par Rousselot (1).

Obs. XIX. — Le 26 ventôse de l'an IX, on conduisit à l'ambulance dont j'étais chargé dans une des divisions de l'armée d'Italie, un soldat de la 96e demi-brigade, qui, la veille, vers les dix heures du soir, était tombé sur les genoux au delà d'un fosse qu'il venait de franchir. Aussitôt après cette chute, il se plaignit d'une vive douleur au genou droit, et de ne pouvoir fléchir la jambe du même côté, qui était dans l'extension. Ce fut sur les huit heures du matin qu'on le transporta à l'ambulance, où l'examen attentif de son genou me fit reconnaître une luxation *complète* de la rotule droite. Placé de champ sur la trochlée articulaire du fémur, cet os avait son bord externe situé exactement en arrière et au milieu de cette trochlée; l'interne était très-saillant sous les tégumens. De ses deux faces, la postérieure était devenue interne, tandis que l'antérieure était externe. Le malade était couché sur le char (sorte de charriot en usage en Italie), qui avait servi à le transporter, je donnai au membre affecté une position horizontale dans laquelle il fut assujéti... Ensuite, avec les pouces de mes mains appliqués sur la face antérieure de la rotule, près de son bord qui soulevait la peau, je poussai cet os en dedans. Sa réduction, que j'obtins bientôt, mais en employant des efforts assez considérables, me fut annoncée par le bruit qu'il fit entendre en se replaçant, par le soulagement que le malade me témoigna éprouver, et enfin par la possibilité de fléchir la jambe sur la cuisse.

Des compresses trempées dans de l'eau tenant en solution du muriate de soude, et appliquées sur le genou encore exempt de gonflement, y furent maintenues à l'aide de quelques tours de bande. Le malade fut évacué de suite sur les hôpitaux voisins, pour s'y reposer et recevoir les autres secours dont il a pu avoir besoin.

J'ai laissé subsister, en la soulignant, cette expression de *luxation complète,* qui était bien dans l'esprit de l'auteur; car il déclare qu'il n'a trouvé d'autres exemples de ce déplacement que les deux observations de Valentin, qu'il prend aussi pour des luxations de champ. Il est trop évident qu'il confond les choses les plus dissemblables.

Je regarde comme très-vraisemblable que la luxation a eu lieu plutôt par contraction des muscles que par un choc du genou en terre; et nous verrons tout-à-l'heure une luxation du même genre, également en dedans, se produire par le même mécanisme. Ce n'est pas d'ailleurs uniquement dans les luxations par effort musculaire que la réduction se fait aisément; dans le fait suivant, communiqué par M. Lesteur, à l'Athénée de Paris, la cause, bien qu'assez légère, était tout extérieure.

Luxation verticale interne par un choc extérieur; réduction facile (1).

Obs. XX. — Mademoiselle A. N...., âgée de 20 ans, d'une bonne constitution, couchait habituellement avec une de ses sœurs un peu plus jeune qu'elle. Cette dernière voulant descendre du lit la première, frappa d'un coup de talon le genou de sa sœur qui restait couchée. Celle-ci avait la cuisse et la jambe dans la plus grande extension, afin de faciliter le passage à sa compagne. Dans cette position les muscles attachés à la rotule facilitèrent par leur relâchement le déplacement de cet os qui resta de *champ* dans une situation entièrement verticale.

M. Lesteur, appelé peu de temps après cet accident, trouva le bord interne de la rotule faisant une saillie de toute sa largeur, soulevant la peau et les parties ligamenteuses dans une étendue proportionnée à son élévation; le bord externe appuyé de *champ* sur le milieu de l'articulation du genou, et reposant sur la coulisse du fémur; la peau était également déprimée des deux côtés, où elle offrait un enfoncement très-marqué. Il n'était point survenu d'engorgement; la jeune personne était maigre, et on put distinguer sans peine la face externe de la rotule. Ce fut dans le sens de la situation naturelle que les mouvemens furent dirigés pour opérer la réduction. M. Lesteur éprouva la plus forte résistance de la part des muscles violemment contractés. Il fit faire l'extension de la jambe sur la cuisse, fatigua les muscles qui s'attachent à la rotule par un alongement soutenu pendant quelque temps, et les mit dans le plus grand relâchement en même temps qu'il soulevait cet os pour le dégager de la coulisse du fémur. Rien ne s'opposa plus à la réduction, qui eut lieu de

(1) Rousselot, *Dissert. sur les luxations de la rotule,* thèse inaugurale, Paris, 1804.

(1) *Journal de médecine de Sédillot;* t. 38, p. 228.



suite. Comme il n'était survenu ni roideur, ni gonflement, aucun bandage ne fut appliqué; dès le jour même la malade eut la permission de quitter son lit.

Quelle est donc la cause qui a tellement facilité dans ces cas une opération que nous allons voir si difficile dans toutes les observations qui nous restent à parcourir? il est bien difficile de le dire, à moins d'admettre une laxité de la capsule qui ait permis à l'os de se mettre en position verticale sans trop la tirailler, ou bien encore une cause de déplacement si peu intense que la rotule soit simplement superposée sur le creux sus-condylien, sans y être aussi fortement engagée. J'admets ici en effet que, à part cet engrénement de l'angle rotulien qui a labouré le tissu spongieux du fémur, les portions latérales de la capsule demi-déchirées et fortement tendues dans ce qui en reste, contribuent à maintenir la rotule ainsi perpendiculairement placée, sans lui permettre de bouger d'un côté ni de l'autre. Les muscles sont ici presque sans influence; qu'on étende ou qu'on fléchisse la cuisse sur le bassin, la difficulté reste la même; ce phénomène, unique peut-être dans l'histoire des luxations, trouve la démonstration la plus complète et en même temps la plus déplorable dans l'observation qu'on va lire.

Luxation verticale en dehors, produite par un choc violent; essais de réduction inutiles; section des muscles et du ligament rotuliens en travers; réduction impossible; mort; **par M. M. Wolf, médecin du corps royal des cadets à Berlin (1).**

Obs. XXI. — Le hussard de la garde, Daniel Steinbach, vigoureux, âgé de 20 ans, allant tranquillement au pas, fut jeté le 22 décembre 1823 contre son voisin de gauche par un saut inattendu du cheval. Le genou gauche fut heurté, et Steinbach y éprouva une si vive douleur qu'il se sentit hors d'état de rester en selle; on l'enleva avec précaution de dessus son cheval, et on le transporta du manége dans un hôpital militaire peu éloigné.

Il fut examiné aussitôt après son arrivée, et l'on reconnut que la rotule gauche était luxée et à demi-retournée; de sorte que son bord interne était fixé dans l'enfoncement formé par les condyles du fémur, que l'externe faisait saillie sous la peau, et que la face antérieure regardait en dedans et la postérieure en dehors. Comme il n'y avait point encore de tuméfaction, il fut facile d'établir ce diagnostic; et outre que la ligne moyenne qui règne sur la face postérieure de la rotule faisait reconnaître cette face, le tendon commun des extenseurs de la cuisse et le ligament de la rotule fortement tendus et tournés en dedans décidaient du sens de la luxation. La forme et les mouvemens de l'articulation du genou étaient par là grandement altérés. La rotule, placée de *champ*, formait une saillie considérable terminée en pointe, qui tendait la peau, pas assez cependant pour qu'on n'y pût pas faire un pli. La jambe était complétement tendue, la flexion était presque impossible et très-douloureuse pour le blessé; et il en était de même quand d'autres essayaient de la produire. Tant que le membre restait dans l'extension, Steinbach n'éprouvait presque aucune douleur.

Le diagnostic fut, que la rotule à demi retournée sur son axe longitudinal était enclavée entre les condyles du fémur, et maintenue dans cette position par la tension du tendon des extenseurs de la cuisse. L'indication était de faire cesser autant qu'il était possible la tension des extenseurs, de retirer la rotule de son enclavement et de la tourner de dedans en dehors.

Pour cet objet la jambe étendue fut soulevée par des coussins; au milieu de la cuisse on appliqua un lacs, et à l'aide de deux anses latérales qu'il présentait, on tira en bas les parties molles autant qu'il fut possible. Je saisis la rotule de façon que mes deux pouces étaient placés sur la face postérieur tournée alors en dehors, et les autres doigts sur l'antérieure tournée en dedans. Je cherchai à retirer l'os que je tenais fortement et à le tourner.

Néanmoins ces tentatives, bien qu'elles fussent répétées souvent et que j'eusse combiné avec soin les différens mouvemens, restèrent sans résultat, et je ne pus pas ébranler le moins du monde la rotule dans sa position. Je fis alors de nouveaux essais en fléchissant médiocrement la jambe; car une plus grande extension que celle que j'avais donnée d'abord était impossible, mais je ne réussis pas davantage; et en raison des vives douleurs que ces efforts occasionnaient au blessé, je n'y revins plus...

Il se présentait ici une question. Fallait-il provisoirement laisser les choses dans l'état où elles se trouvaient, pour reprendre plus tard après des préparations convenables les tentatives jusqu'alors infructueuses de réduction? ou fallait-il, après avoir coupé les parties qui fixaient la rotule (le tendon commun des extenseurs de la cuisse et le ligament rotulien), dégager la rotule de son enclavement entre les condyles du fémur et la rétablir dans sa position naturelle?

Outre l'extension et l'élévation de la jambe et un bandage expulsif appliqué sur la cuisse dans les cas où l'on s'abstiendrait de toute opération, je comptais particulièrement sur le froid, dont l'action physique devait diminuer l'enclavement. Mais à un pareil traitement on pouvait objecter: qu'après l'inflammation toute tentative de réduction serait plus douloureuse et plus dangereuse; qu'il fallait prendre en considération la position vicieuse de la rotule comme excitant et entretenant l'inflammation; que sa pression sur les cartilages articulaires en amènerait l'érosion et produirait, comme l'autopsie le démontra plus tard, la dénudation des condyles et leur ankylose avec la rotule, accident qui rendrait la maladie incurable et le membre à jamais inutile. L'opération au contraire me semblait aisée, peu douloureuse, et elle ne devait

(1) Extrait du *Rust's Magazin; Journal hebdomadaire*, janvier 1829, p. 89.

pas entraîner, si on la pratiquait avec précaution, des suites plus fâcheuses que l'extraction des corps étrangers qui se forment quelquefois dans l'articulation du genou.

Je me décidai donc à faire une incision longitudinale, que je pratiquai, après avoir fait un pli dans la peau, immédiatement au-dessus du bord de la rotule : elle commençait à un pouce au-dessus de cet os et s'étendait jusqu'à l'épine du tibia. Le tissu cellulaire sous-cutané et les fibres aponévrotiques qui du tendon du triceps vont à la rotule furent divisés, et le tendon commun mis à nu. Je le coupai à petits coups dans le point de son insertion à la rotule. La capsule articulaire parut intacte. Aussitôt j'essayai de remettre en place la rotule, mais ce fut en vain. Alors je divisai à son attache au tibia le ligament rotulien, tendu aussi, bien qu'à un moindre degré que le tendon des extenseurs. Mais à mon grand chagrin, je reconnus que la rotule séparée de toutes ses attaches tendineuses était aussi immobile qu'auparavant. Le malade, qui n'avait témoigné presque aucune sensibilité lors des incisions, se plaignait vivement durant ces efforts de réduction, et j'y renonçai du moment que j'en eus reconnu l'inutilité. La perte de sang avait été tout à fait insignifiante, la plaie fut réunie par suture; la jambe étendue et maintenue dans l'élévation; et les muscles extenseurs de la jambe que jusqu'alors des aides avaient comprimés et poussés en bas avec leurs mains, furent tenus en contact au moyen d'un bandage expulsif. Après l'application de l'appareil, on pratiqua une saignée de dix huit onces, on mit 40 sangsues sur l'articulation, et on entretint aussi longtemps qu'il fut possible l'écoulement du sang. Alors on couvrit le genou avec de la glace, et on prescrivit à l'intérieur une solution de sel de Glauber et de nitre.

Le soir, le malade était bien; mais des douleurs lancinantes dans l'articulation l'empêchèrent de dormir. Le lendemain le pouls devint plus fréquent (saignée de 12 onces); peu de sommeil. Le troisième jour, pouls fréquent, petit, peu régulier; langue sèche; tête très-embarrassée; les yeux troubles; découragement. Ni rougeur, ni tumeur au genou. La douleur d'abord concentrée dans l'articulation, ne se faisait plus sentir que dans le trajet de l'incision. Les bandelettes enlevées, on trouva la plaie réunie hors à l'angle supérieur, d'où s'écoula par une petite ouverture un liquide composé en partie de synovie, en partie d'une sanie ténue et inodore. Cependant le lendemain, quatrième jour, mieux sensible; le pouls seul donnait toujours 116 pulsations. Toute la plaie était cicatrisée; et chose singulière, c'était dans son trajet que le malade ressentait la douleur; la pression même n'en développait point dans l'articulation; mais le moindre mouvement l'y réveillait très-vive. Le gonflement était médiocre.

Le mieux continua les jours suivans. Mais l'angle supérieur de l'incision se rouvrit et laissa écouler du pus épais mêlé de synovie. La sonde pénétrait dans cette ouverture en bas et en arrière dans l'étendue d'un pouce, et donnait au tact la sensation d'un fond mou. La douleur reprit son siége dans le bord rotulien externe et dans le condyle externe du tibia; et delà se propagea bientôt aux condyles internes du tibia et du fémur; les autres signes de l'inflammation apparurent, et furent combattus avec succès par deux applications de sangsues et des frictions mercurielles locales. Dans le courant de janvier, le malade commença à maigrir; il avait le soir de la fièvre, le matin des sueurs.

A l'aide du nitrate d'argent, je forme une ouverture de la largeur d'un pièce de 40 sous au côté interne de l'articulation. Pour la commodité du malade je fais placer la jambe sur la balançoire de Sauter. (Décoction de quinquina à l'intérieur.)

Le 22 janvier, écoulement abondant de pus par la petite ouverture qui est sur le trajet de l'incision. Ce pus vient de haut en bas; il est épais, sans odeur, semblable au pus des abcès, et ne noircit pas la sonde d'argent. Peu de douleurs; la balançoire est fort commode au malade. Les jours suivans, la quantité de pus va jusqu'à deux livres dans les vingt-quatre heures. Ce pus contient des caillots de sang et il a l'odeur du vieux fromage. La sonde introduite dans l'ouverture ne rencontre aucun corps dur. (Injections d'une infusion concentrée de fleurs de camomille.)

Dans un mouvement du malade il se produit une hémorrhagie, qui fut arrêtée par des fomentations et qui ne se reproduisit plus.

Au côté interne du genou, à l'extrémité inférieure du muscle vaste interne, il se forme un vaste abcès que l'on ouvre et qui fournit environ cinq onces de pus. La sonde montre une communication entre cet abcès et la fistule qui existait déjà. Le mouvement fébrile persiste, et l'amaigrissement fait des progrès.

Pour ne pas fatiguer le lecteur par un récit trop détaillé, je remarquerai seulement que dès lors il n'y eut que des changemens peu importans dans l'état du genou. On découvrit que le foyer purulent qui se vidait par les deux ouvertures avait son siége à la partie postérieure de la cuisse, dans l'espace triangulaire formé par la bifurcation de la partie inférieure de la ligne âpre. On ne put y faire parvenir la sonde; mais les injections et la direction dans laquelle on faisait couler le pus par la compression, indiquaient sa situation et son étendue. L'immobilité du membre en était évidemment la cause; et l'impossibilité d'y remédier en augmentait les fâcheux effets. La quantité de pus resta à peu près la même; elle n'était pas assez considérable pour épuiser le malade. Il n'éprouvait de douleur que quand par inadvertance il remuait la jambe. La forme de l'articulation ne changea point, excepté que la rotule s'inclina encore un peu plus en dehors.

Au mois de mars survinrent des symptômes d'une inflammation chronique de la membrane muqueuse des intestins. Les forces du malade tombèrent, et depuis ce moment ne se relevèrent plus. En septembre il s'établit une anasarque, et plus tard une ascite. Le 18 novembre 1824, par conséquent onze mois après l'accident, le malade mourut. Depuis le mois de mars, il ne s'était pas présenté un seul moment favorable à l'amputation.

Autopsie. Les organes de la poitrine furent trouvés sains. La quantité de liquide que contenait le péritoine était assez considérable. La membrane muqueuse des intestins présentait en plusieurs points des traces de l'inflammation qui y avait existé. Les deux reins étaient pâles et flétris, et leurs mamelons étaient changés en une substance semblable au fongus médullaire.

Dans la cavité de la capsule articulaire, il ne se trouva qu'un peu de pus ténu. Elle était plus épaisse que dans l'état ordinaire, et fortement adhérente au tissu cellulaire qui la recouvrait entièrement. Les cartilages qui revêtent les condyles du fémur avaient disparu dans l'enfoncement qui existe entre eux, et à la partie antérieure et inférieure de leur surface; à la partie postérieure il en restait encore des traces. Sur les condyles du tibia, les cartilages s'étaient conservés dans une bien plus grande étendue. Les parties osseuses dépouillées de leurs cartilages étaient raboteuses, mais elles n'étaient plus profondément érodées. La rotule dont le cartilage était aussi détruit en grande partie, était remarquablement plus petite que celle du côté sain. Sa base était ankylosée avec le fémur, entre les condyles de cet os, dans la direction que j'ai décrite plus haut, de telle sorte qu'elle y tenait surtout par son bord interne. Je remarquai une ankylose moins solide et moins étendue entre le bord interne du condyle interne du fémur et la partie correspondante du tibia.

Les ouvertures fistuleuses qui existaient à la partie antérieure et interne du genou conduisaient dans un canal qui s'étendait sous le muscle vaste interne en arrière du fémur. Là se trouvait une vaste cavité, dont le fond s'appuyait sur le condyle interne de l'os de la cuisse et dont la pointe allait jusqu'au milieu de cet os; elle suivait le trajet de la ligne âpre, dépouillée en grande partie de son périoste et cariée superficiellement en plusieurs points. Du reste, le fémur était sain.

Il est à regretter que dans cette autopsie l'auteur ait été si sobre de détails sur le point précis qu'occupait la rotule et sur l'état des ligamens. Dans les réflexions qu'il joint à l'observation, il ne s'enquiert nullement d'où venaient ces difficultés insurmontables; il ne s'occupe que de la cause de la mort, qu'il attribue bien moins à son opération qu'à l'enclavement persistant de la rotule. Il est certain que cet enclavement a dû entretenir, dans l'articulation ouverte, une inflammation aussi opiniâtre que sa cause, et qu'en effet l'ouverture d'une articulation est bien moins grave quand on peut remettre en place les os qui la forment. Mais nous verrons plus loin qu'une luxation toute pareille de la rotule, abandonnée à elle-même, n'a produit aucun de ces graves accidens.

Du reste, cette observation prouve surabondamment ce que je voulais établir, qu'ici la contraction musculaire a peu ou point d'influence. C'est la doctrine contraire qui a dirigé M. Wolff; de ce point de vue son opération était rationnelle; elle devait réussir si la doctrine était fondée, échouer si elle était fausse. Elle a échoué.

On aurait probablement plus de succès en divisant latéralement les portions restantes de la capsule, opération que toutefois je ne conseillerai à personne de faire. Car en définitive, ce n'est pas encore tant cette tension de la capsule que l'enclavement de la rotule même qui s'oppose aux efforts du chirurgien. Un chirurgien militaire, M. Cuynat, bien que sans avoir d'idées précises sur le siége et les conditions de cet enclavement, a parfaitement senti toutefois que c'était à cet ennemi qu'il avait affaire; il a donc osé ouvrir la capsule sur un des côtés, porter un élévatoire dans l'articulation, agir avec le levier sur la rotule et la remettre en place; son opération a réussi. Voici un beau cas de succès qu'il a publié dans les *Mémoires de médecine, chirurgie et pharmacie militaires* (1).

Luxation verticale interne par un choc extérieur; tentatives de réduction inutiles; réussite au moyen de l'élévatoire; par M. Cuynat.

Obs. XXII. — P., brigadier au premier escadron des chasseurs des Ardennes, âgé de 26 ans, d'une stature moyenne, doué d'une constitution physique bien développée et sanguine, se heurta si fortement, en jouant avec ses camarades, la partie externe de la rotule gauche contre l'angle d'un lit, qu'il en résulta une luxation. Il faut observer que cet homme était disposé à éprouver cette espèce de lésion par la conformation de ses genoux qui sont pointus: il a les rotules très-saillantes, et surtout d'une mobilité extrême qui les rend susceptibles d'obéir aux impulsions fortes qui leur sont communiquées. Appelé aussitôt, je me suis transporté près du malade, que j'ai trouvé assis sur le bord de son lit, la jambe étendue et ressentant d'assez vives douleurs.

Le bord externe de la rotule gauche était enlevé dans l'espèce de poulie articulaire que les condyles du fémur forment antérieurement; l'interne faisait saillie à la partie antérieure du genou, et soulevait la peau. La face antérieure de cet os était tournée à gauche, la postérieure à droite. Le doigt, promené sur celle-ci, faisait aisément distinguer les éminences qu'elle présente, aussi bien que les bords des condyles du fémur. D'après de tels phénomènes, la nature de la maladie ne pouvait être un instant méconnue.

L'indication la plus pressante était de procéder sur-le-champ à la réduction de la rotule, et d'éviter ainsi d'être arrêté par le gonflement qui devait survenir. A cet effet, je fis coucher le malade sur un matelas que l'on avait étendu sur le sol, la jambe fut relevée sur la cuisse, celle-ci fléchie sur le bassin et le membre soutenu par un plan solide, capable de résister aux efforts réitérés que j'étais obligé de faire afin de ramener l'os dans sa place naturelle; mais tous mes efforts furent inutiles.

Dans une telle occurrence, convenait-il d'abandonner le malade à son état, ou d'ouvrir la capsule arti-

(1) An 1826, t. 18, p. 246.

culaire pour passer entre le fémur et la rotule un élévatoire au moyen duquel j'aurais poussé cette dernière à sa place ordinaire? C'est ce dernier parti que je me décidai à prendre. L'opération consista à inciser transversalement les tégumens de la partie interne du genou ; puis, après les avoir isolés de la capsule articulaire par la dissection, à ouvrir cette dernière dans le fond du cul-de-sac, afin qu'il ne se trouvât pas de parallélisme entre son ouverture et celle de la peau. La capsule articulaire étant divisée, il sortit de sa cavité un peu de synovie ; alors, avec un élévatoire garni d'un ligne fin, je dégageai la rotule de son enclavement. La réduction faite, je réunis avec des bandelettes agglutinatives la plaie des tégumens ; et après y avoir placé un peu de charpie, je couvris l'articulation avec des compresses imbibées d'eau à la glace, maintenues par un bandage médiocrement serré. Une forte saignée du bras fut pratiquée ; je mis le malade à une diète rigoureuse et à l'usage d'une légère limonade végétale, pour boisson ordinaire ; le repos le plus absolu fut prescrit.

La nuit du 27 au 28 se passa d'une manière assez calme ; la douleur du genou n'avait pas augmenté. On pratiqua une seconde saignée du bras ; les mêmes prescriptions furent continuées. J'eus soin d'imbiber l'appareil toutes les deux heures avec l'eau à la glace.

Le 29, troisième jour de l'opération, il n'y avait plus de fièvre ; le même état continuait.

Le 7 juin, dixième jour, je levai l'appareil ; la réunion des tégumens me paraissait faite ; malgré cela, par précaution, je plaçai de nouvelles bandelettes agglutinatives, et la plaie fut pansée à sec. Le malade reprit son régime de caserne.

Enfin, le 30 juin, trente-troisième jour, le malade reprit son service à pied et à cheval.

M. Cuynat justifie son opération par l'innocuité des incisions faites pour extraire les corps étrangers articulaires, et par les succès nombreux qu'on obtient dans le traitement des plaies des articulations. Tout le danger de ces plaies vient de la contusion qui les accompagne, et de l'inflammation des ligamens et des synoviales ; et l'on peut, en général, prévenir cette inflammation par un régime approprié, des émissions sanguines générales et locales, des répercussifs, etc.

Ces opérations sanglantes, pour la cure des luxations irréductibles, ne sont pas limitées d'ailleurs aux luxations de la rotule. Dupuytren, dans quelques cas difficiles, a ouvert l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce ; un chirurgien allemand a même proposé de détruire avec le bistouri les adhérences d'une luxation scapulo-humérale ancienne. Déjà, par un hasard bien singulier, M. Cuynat avait rencontré un premier cas de luxation rotulienne où cette ressource hardie avait été entre ses mains un moyen de succès. On notera ici que, par exception, la réduction n'avait pu être obtenue par les manœuvres ordinaires, bien que le déplacement eût été produit par l'effort des muscles seulement.

—

Luxation verticale interne par l'action musculaire ; emploi de l'élévatoire ; guérison ; par M. Cuynat.

Obs. XXIII. — La nommée Saulnié, fermière à Aulnois, âgée de 28 ans, douée d'une constitution physique athlétique, se luxa la rotule gauche en franchissant un fossé le 4 mars 1833. Transportée à son logis, elle envoya quérir le chirurgien du lieu, qui, n'ayant pu parvenir à réduire la luxation, me fit appeler à mon tour. M'étant transporté chez la malade et l'ayant considérée dans la position verticale, voici quelle était la situation de la rotule. Le bord externe de cet os était enclavé dans la poulie articulaire formée antérieurement par la réunion des condyles du fémur ; l'interne soulevait la capsule synoviale et faisait saillie en avant. La face antérieure était devenue externe, la postérieure interne ; c'était à proprement parler une luxation de champ.

Procéder promptement à la réduction de la rotule, prévenir les accidens consécutifs, telles étaient les deux indications que j'avais à remplir. Je satisfis à la première sans délai, en faisant coucher la malade sur le dos ; ensuite je fis étendre par un aide la jambe sur la cuisse, et celle-ci fut fléchie sur le bassin dans l'intention de relâcher les muscles extenseurs de la rotule. Mais, malgré tous mes efforts et mes tentatives, il me fut impossible de la faire sortir de son enclavement, et par conséquent de lui rendre sa situation normale. Dans une telle occurrence, il fallait prendre un parti prompt et décisif, et ne pas attendre le développement des accidens. Après bien des réflexions, je n'hésitai pas de proposer à la malade d'ouvrir la capsule articulaire, pour qu'à l'aide d'un levier introduit dans l'articulation, on pût soulever la rotule et lui imprimer un mouvement de bascule de bas en haut et de dedans en dehors, qui la ramenât dans sa position naturelle. La malade ayant consenti à ma proposition, l'opération fut faite et la rotule réduite aussitôt.

Dans cette opération, j'incisai transversalement la peau, ensuite je l'isolai de la capsule articulaire dans l'étendue d'environ un demi-pouce, puis j'incisai cette dernière à la partie la plus déclive de cet isolement, afin qu'il n'y eût point de parallélisme entre l'incision des tégumens et celle de la membrane synoviale. Je réunis ensuite, avec des bandelettes agglutinatives, l'incision des tégumens, sur laquelle je plaçai un plumasseau de charpie, et j'entourai l'articulation avec des compresses trempées dans l'eau de Goulard, maintenues par un bandage médiocrement serré.

Afin de remplir la seconde indication, je recommandai à la malade le repos le plus absolu ; je la tins à une diète rigoureuse ; elle eut pour boisson ordinaire de l'eau d'orge édulcorée avec le sirop de limon, et fut saignée deux fois dans les 24 heures.

Deuxième jour. Gonflement inflammatoire du genou ; la réunion des tégumens ne s'était pas dérangée ; la fièvre d'irritation était intense ; la malade n'avait pas dormi. Troisième saignée du bras ; de plus, application de vingt sangsues sur l'articulation ; même fomentation. Le soir, émulsion anodinée, diète et même boisson.

Troisième jour. Mêmes accidens ; médication semblable ; seconde application de 20 sangsues sur l'articulation.

Quatrième jour. Fièvre d'irritation moins intense ; les douleurs ainsi que l'engorgement inflammatoire du genou ont un peu cédé. Même médication.

Cinquième jour. La malade a eu quatre heures de sommeil, le gonflement du genou a un peu diminué et la fièvre d'irritation est presque nulle. Mêmes moyens.

Du sixième au dixième jour. L'engorgement inflammatoire du genou a encore cédé, mais les douleurs persistaient toujours, ce qui me détermina à faire une troisième application de 20 sangsues. Continuation du traitement antiphlogistique.

Onzième jour. Les douleurs de l'articulation étaient moins intenses, le gonflement du genou avait encore diminué. J'accordai un peu d'alimens à la malade.

L'amélioration fit ainsi des progrès jusqu'au vingt-quatrième jour de l'accident, époque à laquelle on pouvait considérer la cure comme achevée. Je ramenai insensiblement la malade à son régime habituel, et elle commença à marcher. Dès lors il n'y avait plus de gonflement, plus de douleurs que celles qui étaient inséparables des mouvemens trop étendus d'extention et de flexion de la jambe sur la cuisse. Ces douleurs persistèrent encore pendant quinze jours, et se dissipèrent enfin. Pour prévenir la récidive de la luxation, je conseillai à la malade de porter constamment une genouillère en peau de chamois. Depuis j'ai eu occasion de la voir, et de constater qu'elle ne se ressent plus de son accident.

Malgré le succès qui a suivi ces tentatives hasardeuses, M. Bégin, qui rédigeait alors le journal de médecine militaire, conseillait, avant de se résoudre à une semblable opération, d'insister sur les bains prolongés, les saignées générales abondantes, etc. Il voulait même qu'on ne la tentât que chez les individus où le membre menacerait de rester ankylosé et faible ; et pour peu que l'articulation parût devoir recouvrer une partie de sa mobilité, il préférait abandonner le mal à la nature.

Ces préceptes sont très-sages ; et je rapporterai plus loin une observation qui montrera quels sont dans ces cas les ressources de la nature ; mais avant de s'en fier à cette expectation douteuse, comme avant de tenter l'opération de M. Cuynat, il est une autre méthode de réduction déjà appuyée sur l'expérience aussi bien que sur la théorie ; c'est celle que nous avons vue employée si heureusement par M. Herbert Mayo pour une luxation oblique, et qui avait réussi cinq ans auparavant à M. Côze pour une luxation verticale.

Voici ce fait intéressant. Suivant notre coutume nous laisserons parler l'auteur.

Luxation verticale interne ; réduction par la flexion forcée de la jambe; **par M. Coze, médecin à Koursk (1).**

Obs. XXIV. — Le 7 février 1823, on vint me chercher à la hâte pour un vieillard nommé Piroynikoff, âgé de 70 ans, encore robuste, actif et bien portant. Cet homme se rendant dans une forêt pour y couper du bois, était assis sur le côté de son traîneau, les jambes pendantes en dehors. En traversant le bois par des sentiers étroits et tortueux avec un cheval qui marchait très-vite, son genou droit fut pressé entre le traîneau et un arbre avec tant de violence, que la rotule se trouva déplacée d'une manière toute particulière ; l'effort que fit le cheval pour vaincre la résistance, avait opéré ce déplacement. La rotule se trouvait de champ sur l'articulation du genou, sa face antérieure tournée en dehors, et sa face interne ou postérieure en dedans. Le bord externe droit était sur le milieu de la jointure du genou, et le bord interne dirigé en avant, de sorte que la position était à peu de chose près droite et de champ. Je distinguais au toucher les faces postérieures articulaires de la rotule, et les faces antérieures du tibia et du fémur. Les ligamens étaient dans un état si violent d'extension, que le malade éprouvait des douleurs atroces.

J'examinai l'état des parties avec d'autant plus de soin, que cette variété de luxation était nouvelle pour moi, et paraissait m'offrir des difficultés de réduction insurmontables. Je me formai cette opinion surtout après avoir pressé la rotule en dehors et en dedans en sens opposé ; c'est-à-dire que les doigts de la main gauche pressaient en dedans le bord fixé sur les condyles, tandis qu'avec la main droite j'exerçais une pression beaucoup plus forte et plus douloureuse sur le bord libre. Je fis ensuite étendre fortement la jambe, en pressant la rotule de la même manière sans obtenir plus de succès. Je fis lever la jambe en fléchissant la cuisse sur le bassin, avec aussi peu d'avantage. Enfin, après ces essais peu rassurans, je pensai qu'en faisant fléchir la jambe, j'écarterais les condyles du fémur de ceux du tibia, ce qui formerait un vide plus grand dans lequel le bord de la rotule pourrait se loger plus aisément et devenir plus libre, plus mobile, quoique les ligamens fussent encore plus tendus. Pour réaliser ces conjonctures, j'ordonnai au malade de s'asseoir sur le bord de son lit, et je lui recommandai de poser le pied par terre, ce qu'il fit avec des douleurs assez modérées. Alors je saisis la rotule comme précédemment, je pressai modérément à mesure que j'augmentais la flexion, que je portai jusqu'à former un angle droit avec la cuisse. Dans cet instant, comme j'augmentais un peu mes efforts, la rotule se replaça facilement, en faisant entendre un bruit très-prononcé ; la difformité disparut ; l'extension et la flexion furent faciles ; la douleur cessa facilement, et le malade répandit des larmes de joie en sentant cesser tout à coup les douleurs horribles qu'il endurait depuis trois ou quatre heures. Je fixai la jambe avec deux attelles placées sur les côtés, et je fis appliquer des résolutifs sur le genou. Le blessé garda le lit pendant cinq à six jours, puis marcha facilement dans la chambre avec des béquilles. Aucun accident inflammatoire ne vint entraver la guérison. Quelques jours après, le malade reprit ses occupations ordinaires, qu'il n'interrompit pas pendant plus de deux ans que j'eus

(1) Mém. de la Société méd. d'émulation, t 9, p. 517.

encore quelquefois occasion de le voir, dans le village d'Ivanowski, gouvernement de Koursk, en Russie.

La théorie de l'auteur est évidemment erronée; si la rotule, comme il le croyait, avait été placée sur la poulie cartilagineuse du fémur, en la faisant descendre on l'aurait engagée dans la gouttière profonde qui sépare les deux condyles à leur face inférieure et postérieure, et l'enclavement eût été plus difficile à détruire qu'auparavant. Mais j'ai suffisamment expliqué, à l'occasion des luxations incomplètes en dehors, et le lieu occupé par la rotule et le mécanisme de la réduction, pour n'avoir pas besoin d'y revenir.

Ainsi, en résumé, telles sont les ressources que l'art possède dans les cas de luxations rotuliennes verticales. D'abord la méthode ancienne, qui consiste à relâcher les muscles et à tâcher de repousser l'os à sa place, en essayant préalablement de le soulever de sa gouttière comme a fait M. Martin; cette méthode est assurément la plus innocente et la moins douloureuse, et comme elle a quelquefois réussi, c'est par elle qu'il faut commencer. Si elle échoue, on pourrait tenter de faire marcher le malade, puisque Monteggia a vu la réduction s'opérer ainsi spontanément dans un cas de luxation incomplète; mais j'avoue que ce moyen m'inspire fort peu de confiance. Après ces premières tentatives vient la méthode de MM. Coze et Herbert Mayo, que je regarde à la fois comme très-rationnelle et très-puissante. Si enfin on échouait encore, l'opération de M. Cuynat serait une dernière ressource, à laquelle il ne faudrait recourir toutefois qu'avec une extrême réserve, pour peu que le sujet fût d'une constitution scrophuleuse, ou que déjà l'inflammation se fût emparée de l'articulation.

Je rejette donc complétement l'opération de Wolff; et c'est à dessein que je n'ai point parlé d'une autre opération plus grave encore, proposée par Manne pour les cas de renversement, et qui consiste, après avoir divisé le tendon des extenseurs et le ligament rotulien, à achever la section des parties latérales de la capsule, et à faire l'ablation de l'os luxé. C'est d'ailleurs une idée de cabinet qui n'a pas encore passé dans la pratique, et dont aucun chirurgien n'affronterait la responsabilité.

Si toutefois les méthodes non sanglantes demeuraient inefficaces, et que des circonstances défavorables s'opposassent à l'emploi de l'élévatoire, quel serait le résultat de la luxation abandonnée à elle-même? Cela dépendrait sans doute du degré de l'inflammation et de la vigueur du traitement; toutefois l'observation suivante, qui paraît être le premier exemple rapporté avec détails de cette luxation, fait voir qu'il ne faudrait pas désespérer d'un heureux résultat.

Luxation verticale externe; réduction impossible; restitution des mouvemens du membre; et réduction après plus de trois semaines (1).

Obs. XXV. — Un jeune homme, chevauchant avec un mouvement médiocrement rapide, heurta du genou droit le genou gauche d'un de ses camarades qui venait en sens contraire avec une vitesse égale. Il en ressentit une douleur si vive qu'il tomba en faiblesse; et en revenant à lui il ne put plus se soutenir sur cette jambe. Un chirurgien le visita et trouva la rotule déplacée, posée par son bord interne sur la fosse condyloïde où elle restait immobile malgré tous les efforts. Les mouvemens de la jambe étaient excessivement lésés, spécialement le mouvement de flexion. On fit diverses tentatives de réduction, mais toutes furent inutiles. Les uns proposèrent une machine; les autres voulaient soulever la rotule avec un levier, un autre diviser les tégumens, afin d'avoir plus de prise sur elle. Heureusement quelqu'un fit observer que les parties étaient trop tuméfiées par les manœuvres continues qu'on avait exercées; et qu'il vaudrait mieux s'en tenir à l'unique usage des fomentations, dans l'espoir que plus tard la rotule se réduirait d'elle-même. Le malade embrassa ce parti avec plaisir. Au bout de trois semaines il fut en état de se promener par la chambre et de descendre ou monter les escaliers; puis il put sortir dehors, et enfin il parvint avec l'aide de ses propres doigts à reconduire la rotule dans sa situation naturelle.

(1) Voyez les *Instituzioni* de Monteggia.

J'arrête ici ce travail; je n'y ai pas compris les prétendues luxations en bas qui n'existent point, ni les luxations en haut qui, bien que plus réelles, sont plus connues dans les traités de chirurgie sous la dénomination de *ruptures du ligament rotulien*. La rotule peut encore se luxer dans les déplacemens du tibia sur le fémur; mais ce sont là des lésions compliquées où la luxation de la rotule joue le moindre rôle. J'ai dit, en commençant, pourquoi je renvoyais à un mémoire spécial l'histoire des luxations spontanées.

Enfin, on trouve dans quelques auteurs la mention d'un déplacement différent de ceux dont nous avons parlé, savoir : *le renversement de la rotule sens dessus dessous*, dont la réalité est fort problématique. J'ai rapporté l'observation de Sue, dans laquelle il a cru voir un renversement de la rotule aux deux tiers, et qui m'a paru être plutôt une luxation incomplète. On trouve dans Hévin quelques mots sur un fait où le renversement aurait été porté plus loin. « Je me souviens, dit-il, d'avoir entendu feu M. Bruyères lire dans une de nos séances académiques le détail d'un renversement total de la rotule sens dessous, et sans rupture des aponévrose et ligament qui maintiennent cet os en situtation; cet accident était arrivé à un jeune académiste qui, emporté dans un manége par un cheval fougueux, rencontra de la partie interne de son genou l'angle d'un pilier de bois qui opéra ce dérangement extraordinaire. L'auteur assurait qu'il avait été assez heureux pour y remédier, mais avec les plus grandes difficultés. »

Pour qu'un semblable renversement eût lieu, il faudrait non-seulement que la capsule fût totalement déchirée sur les côtés, mais que les muscles fussent décollés du fémur à une hauteur considérable. Je crois



donc, ou bien qu'Hévin avait été trompé par ses souvenirs, ou que Bruyères s'était trompé lui-même. On trouve une semblable erreur d'interprétation dans une note jointe à la traduction de Chélius, dans laquelle il est dit que Coze et Wolff ont vu la rotule tellement retournée, qu'elle présentait en avant sa face postérieure. J'ai rapporté ces observations, qui sont de simples luxations de champ; l'obscurité qui a régné jusqu'ici sur l'histoire de ces déplacemens rend l'erreur parfaitement explicable.

Ce n'est pas que je regarde comme absolument impossible que la rotule opère un mouvement de rotation qui la renverse un peu au-delà de la position de champ; M. Coze a remarqué sur le sujet de son observation qu'il n'aurait pas fallu une force excessive pour produire le renversement complet. Mais la rotation extrême qu'éprouvait alors le quadriceps fémoral doit rendre ce déplacement fort difficile; et avant de l'admettre dans le cadre nosologique, il faut attendre des faits mieux observés et surtout mieux décrits que ceux sur lesquels on a établi sa réalité.

44. — 29 Oct.

MÉDECINE LÉGALE.

Quelques considérations appuyées de faits particuliers sur la gynécomastie ou sur l'hypertrophie des mamelles chez l'homme; par H. Bédor, D.-M., chirurgien en chef à l'Hôtel-Dieu de Troyes.

Je n'ai pas encore lu qu'entre les écrivains qui se sont occupés du service médical relatif au recrutement de l'armée en France, aucun ait fait mention du degré d'aptitude que l'on peut reconnaître ou contester, pour le métier des armes, aux individus atteints de gynécomastie.

Cependant, quelque peu communs que soient ces individus, il s'en rencontre encore assez pour qu'il y ait lieu, je crois, de réunir quelques précédens susceptibles d'appeler sur eux l'attention des médecins, et peut-être de les déterminer à fixer leur opinion à cet égard.

Depuis le sujet d'une ancienne notice physiologique concernant un individu du sexe masculin ayant des mamelles et inhabile à la génération, notice qu'à une époque déjà fort éloignée et jeune encore (car cette observation était mon début), j'avais présentée à la Société médicale d'émulation, puis consignée dans l'ancien Journal de médecine des professeurs Boyer, Corvisart et Leroux (t. 25, p. 171 et suiv., octobre 1812), divers autres sujets atteints de gynécomastie m'ont successivement passé sous les yeux.

Je pense devoir m'abstenir de reproduire ici aucun des détails dont se compose cette première observation, car je crois toujours assez facile de trouver à consulter l'ancien recueil très-répandu qui la contient. Les principaux entre ces mêmes détails ont d'ailleurs été cités textuellement dans l'article *gynécomaste* du *Grand dictionnaire des sciences médicales*, par M. Villeneuve, qui les a même accompagnés d'un jugement bienveillant que je ne saurais oublier, quoique nous ayons toujours été personnellement inconnus l'un à l'autre.

Souvent appelé, pendant une vingtaine d'années, aux séances des conseils de révision chargés d'opérer le recrutement militaire dans le département de l'Aube, j'y ai rencontré trois fois cette même anomalie de la structure humaine très-fortement prononcée.

Les mamelles des jeunes hommes qui me la présentèrent n'étaient pas moins volumineuses que celles de Jean-Baptiste Guymart, sujet de ma première observation recueillie à l'hôpital principal de la Marine à Brest, dans la salle du premier médecin en chef feu Dubreuil, père du doyen actuel de la Faculté de Montpellier. Aucun de ces derniers gynécomastes n'avait cependant, comme Guymart, un frère qui présentât la même configuration anormale dans la région antérieure du thorax.

Tous les trois, ainsi que l'avait été le premier, quoique sous l'empire à la suite de mon observation sur son état anormal lue au conseil de santé maritime, ils furent reconnus et déclarés impropres au service militaire, attendu que tout habit de drap tenu fermé sur la poitrine leur était trop pénible à supporter, les oppressait, etc.

Tous trois étaient aussi d'un tempérament lymphatique bien caractérisé par tous ses signes extérieurs; ils appartenaient en outre à des familles plongées dans la misère, généralement composées de scrophuleux.

L'atrophie des testicules, que j'avais constatée anciennement sur le premier, ne s'est toutefois représentée aussi complète que sur un seul. Celui-ci était, sous un grand nombre de rapports, le plus femininement conformé; il avait un hypospadias et le pénis d'une telle briéveté, qu'entre le scrotum et le gland il présentait à peine la longueur de ce dernier.

J'avais fait admettre ce gynécomaste à notre Hôtel-Dieu, dans mon service civil, et je me proposais de l'y dessiner avant sa sortie; mais à mon grand désappointement, le matin même du jour fixé à cet effet, je trouvai son numéro vide à ma visite, où j'appris qu'il s'était enfui de l'hôpital.

Je parvins ensuite à le rejoindre; mais ce fut toujours sans pouvoir le décider à poser comme modèle un seul instant, et me priant même avec instance de ne pas faire connaître qu'il avait des seins de femme et une autre difformité plus cachée.

Quoi qu'il en soit, je me crois fondé, d'après les faits que je viens d'indiquer sommairement, à partager l'opinion des médecins qui regardent ce gonflement des mamelles masculines comme tenant beaucoup à une disposition scrophuleuse et pouvant même en être considéré comme un signe assez peu ordinaire, mais pathognomonique, au moins lorsqu'il a commencé à se manifester dès l'enfance, comme chez ceux dont je parle ici. Une telle disposition que j'ai bien souvent sous les yeux, habitant un pays où elle est endémique, ne me paraît pourtant pas devoir suffire seule pour produire un pareil effet. Il faut aussi, ce me semble,

que les sujets prédisposés chez lesquels il survient, aient apporté en naissant une imperfection quelconque, apparente ou non à l'extérieur, mais n'en existant pas moins dans l'appareil de la reproduction.

On trouve en effet constamment, d'après ce que j'en puis juger, au moins sur ceux que j'ai eu occasion de voir, la gynécomastie accompagnée soit d'un affaiblissement de cet appareil (et en même temps de la force morale, attribut ordinaire de son intégrité) porté à un degré plus ou moins voisin de l'impuissance la plus complète, soit même de quelques vices bien évidens de conformation dans les organes génitaux extérieurs.

Ces vices congéniaux de l'appareil reproductif me semblent, à leur tour, s'accompagner en général d'une disposition à la gynécomastie, toujours plus prononcée chez eux que chez tout autre sujet masculin, fût-il également replet et aussi amplement pourvu de graisse autour des muscles pectoraux.

Quant aux faits de mamelles encore totalement enfantines ou adolescentes mais virginales, ou déjà très-surrannés ou enfin masculines, dans lesquelles l'apparition du lait a été déterminée par la succion, je veux les laisser en dehors de ceux dont je parle ici.

Je me persuade pourtant qu'une telle succion sur les gynécomastes aurait plus vite que chez les autres hommes un pareil résultat. J'incline aussi à croire qu'elle l'obtiendrait d'autant plus tôt que leurs caractères sexuels seraient plus défectueux.

Il paraît d'ailleurs bien constaté que, même sans que la succion persévérante d'un enfant affamé soit venue exciter, comme on l'a vu chez d'autres individus masculins, la galactose dans leurs mamelles, il s'y manifeste souvent un phénomène fort analogue.

M. Virey ne nous cite-t-il pas, en effet, comme ayant rendu par les mamelons une sérosité laiteuse, des hommes d'une complexion molle, humide, privés de barbe et, ajoute-t-il, presque eunuques.

Moi-même j'en ai souvent contemplé avec compassion; mais délectablement entendu un, qui l'était complétement, à Cadix. C'était pendant mon séjour dans ce port, avec les débris de notre escadre, après le sanglant désastre de Trafalgar, dont peu de survivans peut-être, songent comme moi, en le nommant, que nous touchons à son trentième anniversaire.

L'individu que je cite était un jeune castrat d'Italie, chanteur attaché à la cathédrale (1), et dont la voix était comparable à celle de la plus brillante cantatrice. Il allait, par la ville, donnant des leçons de musique aux demoiselles. Eh bien, au travers du tissu souple et distendu de la longue et étroite soutane qu'il portait, il était aussi remarquable par la volumineuse rondeur saillante de ses régions mammaires que par les diverses excroissances implantées de longs poils isolés qui parsemaient sa grosse face blême entièrement privée de barbe et rendue encore plus étrange, pour nous autres jeunes Français surtout, par un immense chapeau à la Bazile dont il était coiffé.

L'état des mamelles, chez l'individu hermaphrodite ou plutôt aphrodite, connu tour à tour sous les noms de Marie Dorothée Dérier et Charles Durgé, dont M. le professeur Mayer de Bonn a donné l'importante autopsie cadavérique dans la GAZETTE MÉDICALE du 24 septembre dernier, ne pouvait sans doute manquer de fixer mon attention.

J'y trouve donc à noter, après avoir remarqué dans le précis analytique donné par M. le rédacteur de ce journal, avant l'autopsie, que sa poitrine était grasse et potelée, d'abord, dans l'examen de l'habitus extérieur; seins assez développés (sans doute par l'accumulation du tissu adipeux, mais mamelons flétris... Ensuite, dans la description des organes à l'intérieur, « seins peu dévelloppés. » Nécessairement à la suite de l'enlèvement des tégumens et de leur graisse qui les faisaient paraître assez développés lorsqu'ils les recouvraient encore.

» On ne peut, poursuit M. Mayer, y distinguer des granulations glanduleuses; à leur place on trouve une quantité de petits globules d'une graisse rouge-jaunâtre. » Hier, j'en ai remarqué de conformes à cette description, dans notre amphithéâtre de l'Hôtel-Dieu de Troyes, sur les glandes mammaires d'une nouvelle accouchée nourrice qui a succombé à une péritonite très-aiguë. « Le mamelon ne proémine que légèrement; il est percé de plusieurs trous qui ne sont autre chose que des cryptes sébacés déposés seulement autour de l'aréole. »

Il résulte ainsi de la scrupuleuse dissection du savant anatomiste allemand que, chez son espèce d'androgyne (ou plutôt d'être inhabile à la génération parce qu'il n'appartenait entièrement à aucun des deux sexes, quoiqu'il se trouvât pourvu de quelques attributs incomplets de chacun d'eux), il n'existait pour ainsi dire ou même réellement pas de mamelles à proprement parler. Il y avait seulement à leurs places une de ces doubles dispositions lypomateuses, qui coïncident si souvent avec l'imperfection ou la nullité de l'appareil génital, bornées aux régions mammaires et, certainement, beaucoup moindres en volume que celles des gynécomastes dont je m'occupe ici.

Tel était sans doute bien son état à l'âge de cinquante-cinq ans, époque de sa mort, et quand, par conséquent, Marie-Dorothée Dérier était devenue, depuis déjà longtemps, Charles Durgé.

Mais cet état d'un degré de gynécomastie plus ou moins faiblement prononcé chez lui, ne s'y était même pas manifesté dans sa jeunesse; car il est bien constaté

(1) Qu'on me permette, en faveur de la curiosité de ce fait local, de noter ici, à cette occasion, que la cathédrale de Cadix fut l'objet d'une bulle apostolique d'Urbain IV, né à Troyes, où il a fait construire une église dont l'architecture gothique est toujours remarquée et souvent dessinée par les voyageurs. Elle occupe la place même où fut l'échoppe de son père qui était savetier. Cette bulle du seul pape élevé au pontificat sans avoir été cardinal, et dont on a le regret de n'avoir sauvé que bien peu d'écrits, est consignée en entier dans l'un des livres espagnols de ma bibliothèque. Ce document historique appartient à l'année 1263.

qu'à vingt-trois ans, étant encore Marie-Dorothée Dérier, il ou elle n'avait pas de gorge.

On a pour garantie de ce fait l'affirmation très-formelle de Metzger, citée par un autre médecin légiste on ne peut plus digne de confiance, notre honorable ancien collaborateur du *Grand dictionnaire des sciences médicales* et savant archiâtre M. Marc père.

Cet auteur, en parlant des hermaphrodites, c'est-à-dire des individus prétendus tels étudiés dans l'espèce humaine, rapporte le genre de celui-ci à l'hermaphrodisme neutre ou indiquant un individu qui n'est ni mâle ni femelle.

Aux yeux d'un médecin du seizième siècle qui n'en a pas moins eu un grand renom dans son temps et dont on ne saurait même encore méconnaître le mérite réel, le même individu équivoque, au lieu de n'être jugé, comme par M. Marc, ni de l'un ni de l'autre sexe, aurait été gravement déclaré avoir, comme je crois le mythologique devin Thirésias, alternativement appartenu à tous les deux.

J'ai sous la main cette preuve, entre bien d'autres, qu'il n'est vraiment pas d'assertions puériles, aujourd'hui dédaignées comme souverainement ridicules dans les sciences médicales que, pour peu qu'on remonte à leur origine, on ne puisse voir données pour des vérités évidentes.

Tous ceux qui, en effet, ont lu le livre de Huarte, y ont dû remarquer ce qui suit :

« (1) Et puis, que des femmes se soient changées en hommes après leur naissance : la multitude ne s'étonne déjà plus de l'entendre rapporter. C'est aussi, qu'outre ce que beaucoup d'anciens avaient établi comme avéré à cet égard, la chose est arrivée, il y a fort peu d'années, en Espagne. Hors ce qui est démontré par l'expérience ne comporte ni controverse ni argument. (*Examen des esprits.*) »

N'ayant encore eu l'occasion de voir après la mort et d'étudier anatomiquement aucun gynécomaste, il ne m'est sans doute pas permis d'affirmer, quelle qu'en puisse être mon opinion préconçue, que l'organisation interne des tumeurs pectorales, chez ceux que je n'ai vus que vivans, était plus conforme que chez l'hermaphrodite neutre Dérier à celle des seins d'une véritable femme.

Ces parties, cependant, dont l'hypertrophie constitue la gynécomastie, n'ont-elles donc pas été prétendues superflues, même à leur état normal, dans le sexe masculin?

J'avouerai mon antipathie pour une pareille idée comme pour tout ce qui semble improuver quelque chose dans un chef-d'œuvre de la création aussi réellement admirable que la structure du corps humain.

Aussi préférerais-je sur ce point, me ranger à l'opinion consignée dans sa physiologie par l'illustre professeur Broussais, lorsqu'il dit, touchant l'existence des mamellles chez l'homme quoiqu'il soit dépourvu de glandes mammaires, etc., que ces sortes d'organes, qui peuvent paraître inutiles, ne sont tels que relativement à une espèce; ils sont l'empreinte de la grande loi qui préside à l'organisation de tous les animaux d'une même classe, et se rattachent aux grandes vues de physiologie générale et d'anatomie comparée que l'on trouve développées dans les ouvrages de M. Geoffroy Saint-Hilaire, de Tiedmann et de quelques autres.

La gynécomastie, cette apparence féminisée de la paroi antérieure de la poitrine chez l'homme, peut-elle être assez insupportable à celui qui la présente, pour qu'il recourre au moyen sanglant de l'ablation de ses mamelles, comme certains anciens n'ont pas craint de le conseiller?

Personne, sans doute, ne le croira.

Mais son existence peut-elle être jamais considérée comme un état exempt d'infirmité?

Je le crois tout aussi peu.

C'est véritablement un état maladif.

Pour peu que l'on voulût même lui trouver, comme tel, une place dans l'un des cadres nosologiques de nos plus habiles maîtres, et qu'on reconnût, par exemple, à celui de M. le baron Alibert, en rapprochant la gynécomastie de ses adéliparies partielles, ou de la deuxième espèce, elle pourrait, je crois, entrer assez naturellement dans sa famille des ethmoplécoses.

En me résumant enfin, ou plutôt m'arrêtant ici pour en finir touchant l'objet spécial de mes disgressions, je crois pouvoir en déduire les conclusions suivantes :

La gynécomastie établit sinon une preuve assurée au moins une assez forte présomption d'impuissance pour devoir détourner de tout mariage dont le but serait de ne pas rester sans postérité. La réponse d'un médecin devra être dans ce sens, lorsqu'il se trouvera requis d'éclairer une famille sur ce point.

Il y a lieu de comprendre le vice de conformation des parois de la poitrine qui caractérise la gynécomastie entre les difformités reconnues susceptibles de faire prononcer l'exemption et la réforme du service militaire.

De l'emploi du trépan perforatif dans l'opération de la fistule lacrymale; par M. le docteur Montain, professeur à l'école de médecine de Lyon.

La fistule lacrymale est une maladie tellement connue que je crois qu'il serait plus que superflu d'en présenter une nouvelle description. Je ferai cependant remarquer : 1° que l'on confond souvent dans le traitement la fistule et la tumeur lacrymale; 2° que l'on néglige trop souvent pour l'une et l'autre les ressources de la thérapeutique médicale. On s'empresse d'opérer, comme

(1) Y que se ayan bueltos mugeres en hombres despues de nacidas, ya no se espanta el vulgo de oyrlo : por que, fuera de lo que cuentan por verdad muchos antiguos, escosa que ha acontecido en España muy pocos años ha : y lo que muestra la experencia no admite disputas ni argumento.

(Examen de ingenios.)



si la cause qui détermine l'obstruction du canal nasal ne pouvait pas être combattue par des médications rationnelles.

La tumeur lacrymale peut souvent guérir sans opération. Je crois même pouvoir avancer d'après l'expérience, qu'avec les médications appropriées et de la persévérance, on pourrait guérir une bonne partie des tumeurs et des fistules. L'obstruction du canal nasal est presque toujours la cause de cette maladie. Le plus souvent elle est due à un engorgement chronique, quelquefois à une phlegmasie qui se soutient dans une espèce d'état aigu. Dans ce dernier cas, on doit avoir recours à des injections émollientes, même sédatives, avec la décoction de laitue, de mauve, de pavots, à des lotions de même nature sur la tumeur ou la fistule; ces moyens doivent être combinés avec les évacuations sanguines et les révulsifs. Dans le premier cas, les injections toniques, astringentes, les révulsifs à suppuration, à la nuque, au bras, les purgatifs, etc., m'ont souvent suffi pour obtenir des guérisons complètes. Je fais les injections au moyen d'une seringue à canule recourbée, de sorte que le jet de liquide est projeté directement sur l'orifice inférieur du canal nasal et ses environs (1). J'ai n'ai pas recours aux injections lacrymales d'Anel, généralement trop faibles pour produire une médication fructueuse.

La fistule lacrymale est plus rare maintenant qu'autrefois (2); l'une de ses principales causes, la variole, ayant été presque entièrement détruite par les bienfaits de la vaccine; cependant elle n'est encore que trop commune, aussi les procédés opératoires pour la guérir ont été très-multipliés; on peut les réduire à trois principaux : 1° rétablir le canal nasal dans son état normal; 2° lui substituer un conduit artificiel; 3° en créer un nouveau par la perforation de l'os unguis.

Le premier paraît le plus simple et le plus naturel, mais il est le plus long, aussi est-il généralement abandonné. Cependant l'on peut espérer de rétablir le conduit nasal par des moyens rationnels administrés d'après la nature de l'altération de ce même canal, comme je l'ai indiqué pour la tumeur; mais dans la fistule on doit ajouter les injections à travers l'ulcère fistuleux que l'on peut dilater avec l'éponge préparée, ensuite introduire dans le canal des bougies de cordes à boyau, imprégnées d'extraits médicamenteux, comme je l'ai fait dans deux cas de fistules qui étaient destinées à être opérées : le succès fut complet (3).

Le deuxième procédé paraît plus prompt; un conduit métallique remplace le conduit naturel. La forme et la composition de ce conduit ont varié, mais ils ont tous la même destination. Les hommes les plus distingués n'ont pas dédaigné de s'occuper de la perfection de ce procédé (1) qui, malgré leurs efforts, ne laissent pas que d'offrir quelques inconvéniens (2), tels que la difficulté de bien assujettir la canule, l'influence qu'elle exerce comme corps étranger, etc., etc. (3).

Le troisième procédé a été repoussé par quelques auteurs, tandis que plusieurs autres ont exalté ses avantages, surtout St-Yves, Pott et Scarpa. Pour perforer l'os unguis, on a employé divers moyens : un trois-quart, une sorte d'alène, un cautère actuel, un emporte-pièce. Ce dernier moyen a été généralement adopté, c'est la méthode de Hunter. Quant au cautère actuel, espèce de poinçon rougi, on doit le rejeter comme insuffisant et très-douloureux.

Je ne chercherai pas à discuter sur la supériorité de chaque méthode ni sur la préférence que l'on doit donner à l'une ou à l'autre. J'admets, que la route artificielle a été préférée ou choisie, soit par conviction, soit parce que les autres sont impraticables ou insuffisantes; alors je propose le procédé suivant, qui m'a constamment réussi et qui est celui de Hunter modifié et simplifié. L'instrument de cet auteur est difficile à diriger pour produire l'effet perforant; dans les mouvemens nécessaires à l'opération, il décrit un cône dont le sommet est sur l'os unguis; il est difficile d'en modérer la force, et les os sont souvent brisés sans être perforés. J'ai vu l'emporte-pièce pénétrer la cloison, malgré la lame de corne introduite dans les fosses nasales, lame qui est pour ainsi dire inutile, parce que le point d'appui qu'elle doit présenter devient illusoire par la saillie des cornets. Tous ces inconvéniens sont calculés par la trépanation.

Le trépan lacrymal dont je me sers depuis plus de seize ans (4) est formé par une virole soutenue par une aile, destinée à être fixée par le pouce et l'index. Dans la virole tourne un cylindre qui se termine par une

(1) J'ai fait faire une canule recourbée de manière à pouvoir diriger son extrémité olivaire dans le méat : cette extrémité est criblée de petits trous d'un côté pour former une sorte de douche en arrosoir sur l'orifice du canal, etc.

(2) Je ne parle que de la fistule lacrymale, bien convaincu de la possibilité de guérir la plupart des tumeurs, etc.

(3) On pourrait monter ces petites bougies sur un mandrin pour leur donner plus de force.

(1) On doit spécialement citer Dupuytren, le professeur Lallemand et le docteur Brachet, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

(2) Les causes de ces accidens ont été parfaitement signalées par M. le docteur Pétrequin ainsi que diverses modifications soit dans la forme de la canule, soit dans la manière de la placer et de la fixer. Les changemens apportés à ce procédé me paraissent lui donner toute la perfection dont il est susceptible.

(3) M. le docteur Bonnet, chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon, l'a vu obstruer le canal et en a pratiqué un nouveau avec mon trépan perforatif.

(4) M. Velpeau dit, dans son *Traité de médecine opératoire*, que si l'on voulait renouveler l'expérience de l'emporte-pièce, on y parviendrait facilement avec l'emporte-pièce de M. Tuirich ou celui qui se trouve chez M. sir Henry. Ce dernier est celui que j'ai fait exécuter par cet artiste, et l'autre est le même que je donnai en 1800 au docteur Seutin, chirurgien distingué de Bruxelles, seulement on y a ajouté une manivelle qui, je crois, doit le rendre très-difficile à manier. J'ai, depuis cette époque, modifié et perfectionné cet instrument qui, d'ailleurs, est signalé dans une note insérée dans le recueil des mémoires de l'Académie royale de chirurgie, t. 2, édit. in-8° 1819.

pyramide de 8 lignes de longueur, sur laquelle se place une canule en acier à dent de trépan d'un côté, et se fixant par des facettes sur la base de la pyramide. La pointe de celle-ci dépasse un peu la couronne pour fixer son mouvement de rotation, tandis qu'elle offre à l'autre extrémité une espèce de bouton dans le centre duquel elle se fixe. Ce bouton est strié à sa circonférence, pour être facilement manié entre le pouce et l'indicateur de la main droite.

Pour procéder à l'opération, je n'incise pas sur la fistule; je prends le temps convenable pour dilater son ouverture et éviter la douleur. J'introduis d'abord un morceau de corde à boyau, ensuite une espèce de guille d'éponge préparée; et quand l'orifice est assez élargi, je procède à l'application du trépan. Je dirige l'extrémité de la canule sur l'os unguis, de manière à ce que la dent du trépan porte sur la partie antérieure de cet os derrière l'apophyse montante de l'os maxillaire, au-devant des cellules ethmoïdales (1), dans le lieu même désigné par Hunter et Scarpa.

Je fixe l'instrument horizontalement dans cette position, en tenant son aile entre le pouce et l'indicateur, tandis qu'avec les mêmes doigts de la main droite, je fais tourner le bouton dont le mouvement de rotation se communique à la couronne de trépan et à la pyramide qui la fixe. L'os unguis est perforé en rond, et l'on obtient avec facilité et d'une manière régulière l'effet que l'on se propose de produire par l'emporte-pièce de Hunter. Lorsque je juge que toute l'épaisseur de l'os a été traversée, je retire l'arbre du trépan, et sa canule me sert à porter dans la fosse nasale une corde à boyau d'un diamètre convenable. Lorsqu'elle est placée, je retire la canule et je maintiens le petit appareil à l'aide d'une mouche de dyachilon. Les pansemens subséquens consistent à changer une ou deux fois par jour le diachylon et la corde à boyau, à augmenter le diamètre de cette dernière, à bassiner l'orifice fistuleux avec des décoctions émollientes, et à employer des lotions du même genre dans la fosse nasale.

Cette guérison est facilement obtenue parce que la portion d'os a été enlevée nettement sans fracture; il ne reste pas dans l'ouverture des fragmens d'os capables de l'obstruer; la membrane muqueuse du sac lacrymal se réunit avec celle des fosses nasales. Dans cette ouverture artificielle, cette réunion est favorisée, ainsi que la conservation de l'ouverture, par l'action douce et dilatatrice de la bougie de corde à boyau. Le succès de cette opération est étayé par la douceur des pansemens, les médications suggérées par quelques symptômes subséquens, surtout par des injections émollientes, sédatives et même astringentes à travers le conduit artificiel, injections faciles à faire par rapport à la dilatation entretenue à l'aide de la corde à boyau.

(1) Il est possible que ces dernières soient ouvertes, ce qui n'empêche pas de parvenir dans les fosses nasales, et de réunir la membrane des fosses nasales se cicatrisant toujours avec celles du sac.

La guérison se fait rarement attendre au-delà de dix à quinze jours, quand le malade est convenablement pansé; je l'ai même vue une fois se faire en très-peu de jours chez un officier qui fut obligé d'ôter la corde à boyau après quatre jours de pansement, ayant été forcé de quitter l'hospice pour suivre la retraite de l'armée. Je le revis quelques mois après, et il m'assura que la fistule s'était rapidement cicatrisée sans accident. Les traces laissées par ce procédé sont moins marquées que celles des autres procédés, parce que j'emploie la dilatation au lieu de l'incision. Enfin, je n'ai jamais eu l'occasion d'observer des récidives. En préconisant ce mode de traitement, j'ai pour moi l'expérience de toute ma pratique, l'autorité de Scarpa et de plusieurs opérateurs distingués qui ont donné la préférence à la méthode de Hunter.

Affection anormale du système nerveux survenue à la suite d'une plaie à la tête; par M. Ambrosano.

Obs. — Un homme remarquable par la force de sa constitution et l'état florissant de sa santé, essuya, à la suite d'une chute, une plaie à la région pariétale gauche de la tête, avec fracture de l'os correspondant et forte commotion encéphalique, il resta paralysé, et ses voies digestives devinrent très-paresseuses. Après un long traitement, cependant, il recouvra le libre usage des organes des sens. La plaie se cicatrisa après avoir longtemps suppuré et donné issue à quelques esquilles. Enfin le malade s'est cru guéri. Le facies cependant et les attitudes de cet homme indiquaient chez lui quelque chose de dérangé dans l'encéphale. Quoi qu'il en soit, il se sentait bien portant et avait repris ses occupations, lorsqu'il a éprouvé une fièvre périodique anormale par suite de son exposition aux miasmes malsains. Il se négligea et devint extrêmement maigre. Une éruption cutanée suppurante, en attendant, se déclara par tout le corps, et le malade éprouva de l'amélioration. Il reprend un peu d'embonpoint.

Mais la diarrhée le surprend alors, et il est saisi de faiblesse extrême d'abord, puis de convulsions cloniques, de manière que tout son corps était en movuement continuel. Ces convulsions revenaient par accès, commençaient par une sorte de syncope; la respiration était difficile; puis après des mouvemens convulsifs très-bizarres se déclaraient; le tronc étant fléchi tantôt latéralement, tantôt en arrière, tantôt en avant; les membres étaient tantôt étendus et raides, tantôt fléchis et immobiles.

L'intermission de ces accès n'était d'abord que de quelques minutes au moins, d'une heure et demie au plus. Plus tard, par l'usage continuel des bains et d'autres remèdes, les retours étaient devenus plus éloignés, et les convulsions moins fortes. Mais par la suite le mal a empiré, les accès ont repris plus de puissance, le pouls est devenu capillaire, le visage pâle, la tête tirée en arrière comme dans l'emprosthotonos, les yeux ouverts et farouches. Mort.

L'autopsie a montré : 1° destruction dans l'étendue d'un pouce de la table externe de l'os pariétal à l'endroit de la fracture, et trajet sinueux communiquant de ce point jusqu'à la dure-mère ; 2° dure-mère épaissie et adhérant fortement au cerveau sur ce point ; 3° sugillation circulaire, jaunâtre et dure à la surface du cerveau qui adhère aux membranes : 4° collection séreuse entre la pie-mère et le cerveau, formant sous l'os pariétal gauche une sorte de kyste dont le liquide a jailli par la ponction. Le reste du cerveau et de l'organisme étaient sains, à l'exception du foie qui était hypertrophié.

Ce qui rend intéressante cette observation, c'est la variété particulière des convulsions que le malade a présentées, et l'espèce de kyste accidentel qui comprimait l'encéphale à l'endroit de la blessure. Une question curieuse se présente ici à l'occasion de ce fait. Les mouvemens convulsifs étaient-ils occasionnés par l'épaississement partiel de la dure-mère ou bien par le kyste dont on vient de parler ? S'il était permis de déduire une conséquence générale d'un fait particulier, la réponse ne serait pas douteuse. Boyer, en effet, ayant été appelé pour trépaner un homme épileptique, fit quelques manœuvres et le malade mourut peu de temps après. A l'autopsie on ne trouva d'autre lésion capable d'expliquer les convulsions qu'un épaississement partiel de la dure-mère.

(*Efeemeridi di clinica medico-chirurgica del regno delle due sicilie*).

JOURNAL HEBDOMADAIRE

DES

PROGRÈS DES SCIENCES

ET

INSTITUTIONS MÉDICALES.

OCTOBRE 1836.

N° 40. — 1er OCT.

Recherches sur la nécrose et la trépanation des os; par M. JOBERT DE LAMBALLE, D.-M., chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, etc., etc.

(DEUXIÈME ARTICLE.)

J'ai observé avec un soin extrême ce qui se passe après la trépanation d'un os nouveau, et il m'a été permis de penser que la conservation des parties molles et l'empiètement des couronnes de trépan les unes sur les autres rendaient les résultats de l'opération moins dangereux et plus heureux.

On doit distinguer deux circonstances bien différentes dans cette opération: dans l'une, l'os est plein et dépourvu de canal médullaire; dans l'autre, ce conduit est conservé et renferme le séquestre.

Dans le premier cas, lorsqu'on se sert de couronnes de trépan d'un diamètre moyen, une exfoliation, tantôt en forme d'anneau, occupe tout le contour sur lequel a porté la scie, et tantôt, au contraire, l'exfoliation se fait partiellement; des bourgeons qui surgissent alors de toutes parts, du fond aussi bien que de la surface, réparent la perte de substance qui devient bientôt complète par l'apparition de matière osseuse au sein de ces bourgeons, qui se recouvrent d'une cicatrice. Alors la perte de substance est nulle ou à peu près nulle; il y a donc eu régénération, reproduction. J'ai actuellement dans mes salles un jeune homme dont le tibia trépané n'offre presque aucune difformité.

Dans le second, non-seulement il y a exfoliation, développement de bourgeons de la circonférence au centre, mais même du fond; les bourgeons moyens, ou médullaires, ne participent en rien à l'ossification, et il n'y a que ceux qui viennent des bords de l'os et de sa substance compacte qui s'ossifient; aussi la cicatrice est-elle déprimée au centre par la pression. Mais les bords de l'os s'affaissent et le canal médullaire disparaît; d'où il résulte que la régénération, se bornant à une plus petite étendue, l'ossification n'ayant pas lieu, les parois de l'os s'affaissent, il existe une perte de substance évidente et une dépression marquée. Nous avons remarqué que, chez les jeunes sujets, l'activité de la reproduction était plus considérable qu'à une autre époque de la vie.

Les premiers jours d'une trépanation, les bords de la plaie s'enflamment, une lymphe blanchâtre est répandue abondamment sur toute la surface de la plaie qui se dégorge, et dont les chairs perdent leur dureté par la suppuration; bientôt les fausses membranes se recouvrent de bourgeons charnus.

Je n'ai jamais remarqué d'accidens inflammatoires ni de phlébite à la suite de la trépanation, et l'inflammation est facilement apaisée par de la charpie trempée dans l'eau froide, et non par la projection d'un jet d'eau sur la surface malade.

Les faits suivans me paraissent mériter l'intérêt des hommes de l'art; je vais les exposer en quelques mots.

Le nommé Troupet (Guillaume), âgé de vingt-sept ans, laboureur, d'une constitution robuste et athlétique, n'a jamais été malade, n'a présenté dans son enfance aucun symptôme de vice scrofuleux ou rhumatismal, et n'a point contracté de maladie vénérienne.

Il y a six ans que, sans violence antérieure, sans cause appréciable, ce malade ressentit dans le genou une douleur très-vive, qui l'empêcha de marcher, et que la jambe tout entière devint enflée et rouge tout le long de la partie antérieure et inetrne du tibia. Après quinze jours d'un traitement rationnel, deux incisions furent faites sur la tumeur, l'une au milieu des parties molles de la face interne du tibia, et l'autre au-dessus du condyle interne du fémur. Quelques portions d'os nécrosé sortirent par la plaie inférieure: la guérison se fit attendre un an, et, après ce laps de temps, il reprit ses travaux.

Un an après, les mêmes symptômes que précédemment se déclarèrent; de nouvelles incisions furent exigées, et le long de la face interne du tibia s'établirent trois fistules, qui s'ouvraient et se fermaient alternativement, laissant sortir par intervalle de petites esquilles nécrosées.

Le 2 décembre 1833, le malade entra à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Louis, n° 7. J'explorai avec

un stylet la partie malade, et, avec la sonde poussée dans les fistules, je reconnus l'existence d'un long séquestre dont la nature n'avait pu se débarrasser; je me décidai donc à trépaner pour pouvoir le retirer, et c'est dans cette intention que je préparai cet homme pendant dix-huit jours par le repos, les cataplasmes émolliens, les bains, les amers donnés à l'intérieur; j'ouvris alors une voie pour l'issue du séquestre.

Je pratiquai, sur la face interne et antérieure du tibia une incision de six pouces de long, de chaque extrémité de laquelle partaient deux autres incisions obliques, d'un pouce à peu près d'étendue, pour permettre d'écarter largement et facilement les bords de la première plaie longitudinale.

Les lambeaux disséqués et renversés, je ruginai le périoste, qui était épaissi dans les points ou les couronnes devaient être appliquées : sept de moyen calibre furent placées successivement dans la même ligne, de manière à anticiper un peu les unes sur les autres. Dès ce moment l'extraction du séquestre devint facile, grâce à cette longue perte de substance, car cinq couronnes n'avaient pas suffi pour le retirer.

La plaie fut recouverte de charpie et de compresses trempées dans l'eau froide, qui fut renouvelée plusieurs fois dans la journée. Aucun accident ne survint; la plaie sinueuse et profonde se vida du pus qu'elle contenait, et le travail de réparation commença.

Dans la première quinzaine de janvier, les fausses membranes grisâtres, qui avaient été déposées à la surface de la plaie avaient disparu, et l'on voyait la trace de l'application des sept couronnes de trépan, et toutes ces entamures du tibia dessinaient un double feston produit par la suite de sept cercles tangens.

Les aspérités osseuses bientôt commencèrent à être cachées par les bourgeons qui se développaient à la surface et dans l'intérieur de la plaie.

Quinze jours après l'opération, je tentai d'ébranler des esquilles, mais ce ne fut qu'au bout de trois semaines que je pus enlever un cercle complet, véritable bague, représentation assez exacte de la couronne de trépan, ainsi que de petites esquilles, dont un grand nombre d'entre elles furent expulsées par les seuls efforts du bourgeonnement. Une fois toutes ces portions d'os tombées, le travail de cicatrisation marcha sans entraves; les bourgeons vasculaires vinrent à la rencontre les uns des autres, et, se joignant de toutes parts, formèrent une couche, molle d'abord, qui, plus tard, prit la solidité osseuse dans certains points et conserva une certaine mollesse élastique dans d'autres. L'orifice immense qui existait par suite de la perte de substance, fut en presque totalité comblé par une véritable régénération qui, à tort, a été niée.

Le 15 mars, la circonférence de la plaie était entièrement osseuse, et le centre seul était un peu déprimé et élastique, à cause du défaut d'ossification des bourgeons médullaires. Comme nous l'avons dit ailleurs, les bourgeons de la circonférence, attendu l'application d'une couronne de trépan très-large, n'avaient pu complétement se rejoindre. La cicatrisation est devenue complète dans le courant de mars, et la marche, chez ce malade, n'a été nullement gênée.

Le nommé Cherin (Robert), âgé de dix-neuf ans, serrurier, robuste, mais d'une constitution assez lymphatique, entra à l'hôpital Saint-Louis le 26 avril 1836, n'ayant éprouvé aucune maladie jusqu'au moment où il ressentit les premières atteintes de l'affection dont nous allons faire l'histoire.

Après avoir fait une marche forcée et s'être exposé à l'humidité, cet homme éprouva des douleurs au devant de la jambe gauche; une tumeur se développa d'abord petite, elle sembla s'étendre, se ramollit, forma un abcès qui bientôt fut ouvert à l'hôpital d'Orléans. Pendant son séjour dans cet établissement, les parties molles environnantes prirent de la consistance, de la dureté, s'engorgèrent, plusieurs ulcérations se déclarèrent sur la peau, et il s'établit, à la région antérieure de la jambe, des fistules par lesquelles sortait un liquide grisâtre et mal lié. Les quatre mois pendant lesquels ce malade y demeura ne déterminèrent aucune amélioration, quoiqu'on eût mis en usage les injections astringentes, etc. Il se décida alors à faire le voyage de Paris, et entra dans l'hôpital Saint-Louis.

A son entrée, les parties molles étaient durcies, gonflées, dans le tiers inférieur de la jambe, à dater d'un demi-pouce au-dessus des malléoles, et étaient le siége d'ouvertures fongueuses, à bords durs, à travers lesquelles on pénétrait dans le tibia. Tous ces trajets fistuleux étaient isolés et aboutissaient au séquestre commun qui, percuté, offrait une résonnance non-contestée; on sentait l'os comme s'il avait fui devant l'instrument.

Dès lors, il ne nous fut pas permis de douter de l'existence d'un séquestre enveloppé dans un os nouveau, qui était là emprisonné, ne pouvant se glisser dans les ouvertures fistuleuses.

Pour éviter une suppuration pour ainsi dire interminable, et pour extraire un corps étranger qui était la cause d'inflammations répétées, et qui menaçait continuellement le malade de phlegmons diffus, je proposai à celui-ci l'opération qui devait, en retirant la cause matérielle, source de ces accidens, anéantir les effets qu'elle entretenait par sa persistance.

Le 9 mai, je fis une incision qui comprenait les ouvertures fistuleuses, qui s'étendait au-dessus et au-dessous de l'engorgement des parties molles, et qui se terminait en bas et en haut par deux incisions presque horizontales, de manière à pouvoir renverser les deux lambeaux en dedans et en dehors, comme les deux battans d'une fenêtre que l'on ouvre. Quatre couronnes de trépan furent ensuite successivement appliquées, et l'on put retirer un séquestre d'environ deux pouces et deux petits fragmens osseux isolés. Les lambeaux de la plaie furent réappliqués sur sa surface, et le tout fut recouvert de compresses et de charpie trempée dans l'eau froide. Pendant la nuit qui suivit l'opération, il s'écoula une certaine quantité de sang qui s'arrêta de lui-même.

Le 11 mai, le malade a été un peu agité pendant la nuit, et cependant le pouls n'est qu'à quatre-vingt-

dix pulsations ; la plaie n'offrit rien de particulier, aussi me fut-il permis de lui prescrire quelques alimens.

Le 12, l'état général était satisfaisant ; le pouls était régulier et le malade avait passé une bonne nuit ; toute la plaie était recouverte de sang coagulé et de fausses membranes.

Le 14, la plaie se nettoie ; les caillots de sang ont presque entièrement disparu ; les fausses membranes sont devenues rougeâtres, vasculaires ; la suppuration est devenue abondante, la langue un peu chargée.

Le 18, la plaie s'est complétement nettoyée ; on reconnaît l'endroit où le trépan a tracé sa voie, on aperçoit des bourgeons au fond de la plaie et d'autres plus saillans qui naissent de la circonférence.

Le 21, les bourgeons superficiels et profonds commencent à se diriger les uns vers les autres ; les derniers ont plus de vascularité.

Le 26, je retirai des portions d'os nécrosées qui recouvraient des bourgeons au contour intérieur de l'ouverture du trépan, lesquels furent bientôt protégés par une cicatrice mince.

Le 10 juillet, le malade marchait, s'appuyait sur sa jambe sans claudication ; ce membre ne différait en rien par sa solidité et par sa longueur de celui du côté opposé. J'ai eu l'occasion de voir ce malade, le 20 août ; quoiqu'ayant marché et travaillé beaucoup, il n'a éprouvé ni douleur ni déchirure de la cicatrice.

La nommée Silly (Louise), âgée de seize ans, sans profession, peu développée, lymphatique, entra à l'hôpital Saint-Louis, le 8 août 1835. Vaccinée dans sa première enfance, elle fut atteinte à l'âge de six ans d'une fièvre intermittente ; à neuf ans, de la rougeole, dont les suites furent longues, et dans sa treizième année, elle ressentit tous les symptômes d'une irritation intestinale, qu'elle appelait *lassitudes*.

Dix-neuf mois avant son entrée dans cet établissement, s'était développé, à la surface antérieure du tibia gauche, un abcès qui augmenta considérablement et nécessita une ponction, laquelle dégénéra en fistule ; semblable trajet se déclara vers la partie inférieure de la jambe. Par ces ouvertures sortirent de petits fragmens d'os nécrosés ; trois fistules n'en persistèrent pas moins ; deux très-rapprochées et occupant la partie moyenne de la jambe, et la troisième la région inférieure. L'exploration à l'aide d'un stylet nous fit reconnaître l'existence d'un séquestre invaginé. La suppuration était abondante, ténue, et fatiguait cette jeune fille, qui n'offrait à cette époque aucune trace de lésion intérieure. Je crus l'indication favorable pour la débarrasser de cette suppuration si abondante et qui causait le dépérissement.

Une incision longitudinale fut pratiquée sur la partie moyenne de la face antérieure du tibia ; elle comprenait les deux fistules supérieures, et se terminait en haut et en bas par une double incision oblique, comme il a été dit dans la description du procédé. L'incision ressemblait assez exactement à deux Y accolés par leur base.

C'est alors que les couronnes de trépan furent appliquées sur le nouvel os, et le séquestre extrait. Un des angles de la plaie fut réuni pour un point de suture, et le pansement fait avec de la charpie trempée dans l'eau froide. Tout marcha assez régulièrement jusqu'au 8 octobre, époque à laquelle la malade éprouva les symptômes d'une surdité qui disparut et revint plusieurs fois alternativement. Le 14 du même mois, les portions d'os, que le trépan avait entamées étaient exfoliées ; des bourgeons les avaient remplacées : mais comme la perte de substance avait été faite à l'aide d'une couronne fort large, les bourgeons vasculaires ne purent parvenir d'un côté à l'autre ; ils suppurèrent là où ils étaient ; ils y revinrent osseux, et les bords de l'os s'affaissèrent en se continuant arrondis avec la substance osseuse dont nous venons de parler. Ceux qui naissaient de la membrane médullaire ne devinrent pas osseux, et se couvrirent au fond de la plaie d'une cicatrice blanche. Cette malade après sa guérison conserva quelques ganglions engorgés à l'aîne du côté droit.

La portion d'os extraite n'était pas formée par le cylindre entier, mais bien par la partie antérieure du tibia, et surtout par cette portion qu'on appelle la crête.

Lorsque tout indiquait chez elle sa prochaine sortie de l'hôpital, elle fut prise d'une toux opiniâtre, d'exaspérations nocturnes, de fièvre hectique, et le 19 février 1836 elle succomba après plusieurs attaques d'hémoptysie.

Nous disséquâmes la jambe opérée et ouvrîmes la poitrine. Nous reconnûmes : 1° que les poumons adhéraient aux côtes dans toute leur étendue ; 2° que la poitrine était rétrécie ; 3° que des tubercules nombreux farcissaient le poumon ; 4° que les ganglions bronchiques contenaient de la matière tuberculeuse.

La peau qui recouvre la face interne du tibia est sillonnée de plusieurs cicatrices blanches, formées de plis rayonnans qui convergent vers la principale cicatrice ; c'est à deux pouces au-dessus de la tubérosité du tibia qu'elle commence, et c'est entre cinq et six pouces qu'elle finit. A la partie supérieure et moyenne du tibia, on aperçoit une excavation profonde dont le grand diamètre est vertical et le petit transversal ; elle est recouverte par une cicatrice mince, adhérente à l'os, pâle extérieurement, vasculaire et rouge profondément.

Cette nouvelle peau enlevée, je trouvai que l'excavation dont la profondeur est d'environ un pouce et la longueur de quatre, était en partie remplie par une substance gélatiniforme, d'un blanc grisâtre, assez molle, vasculaire et formée sans aucun doute par la membrane médullaire, qui ne participait en rien à l'ossification. Ses bords étaient arrondis, déprimés et recouverts par un périoste vasculaire et fortement adhérent, qui cesse dans la peau mince dont nous venons de parler.

La coupe verticale du tibia nous fit voir que le canal médullaire se continuait à un demi pouce au-dessus et au-dessous de cette excavation, mais dans le reste de son étendue il avait disparu et s'était oblitéré.

Le trajet de la scie nous démontra que le développement de bourgeons avait été la cause de son oblitération, et nous prouva que l'os avait pris un accroisse-

ment de volume considérable dans sa paroi postérieure, comme si la nature avait voulu par cette structure hypertrophique réparer la perte de substance faite à la paroi antérieure du tibia. Tout le contour de l'os, du reste, qui répondait à la perte de substance, avait augmenté de volume, aussi les porosités vasculaires étaient-elles nombreuses et assez larges.

En examinant le tissu compacte qui était fort épais, nous avons pu distinguer plusieurs couches semblables aux couches concentriques du tronc d'un arbre.

Il me reste maintenant à rapporter quelques observations de fistules qui avaient persisté après la destruction du séquestre.

Le nommé Bidot (Pierre Félix), âgé de dix-sept ans, journalier, entra à l'hôpital Saint-Louis le 19 septembre 1835, pour y être traité de plusieurs trajets fistuleux qui avaient leur siége le long de la partie antérieure de la jambe.

Sept mois avant son entrée dans cet établissement, ce jeune homme avait, dans les membres inférieurs, éprouvé des douleurs qui d'abord avaient été vagues, et qui se fixèrent sur le genou droit, qu'elles abonnèrent pour se fixer sur la jambe du même côté. Un abcès se forma et s'ouvrit quinze jours après l'apparition des symptômes inflammatoires.

Cette ouverture fistuleuse fut bientôt suivie de plusieurs autres qui parurent le long de la crête du tibia, et qui livrèrent passage pendant trois mois à des esquilles dont le volume était très-variable; ce furent ces accidens qui le décidèrent à entrer à l'hôpital de Provins. Ne trouvant aucune amélioration dans son état, ce jeune homme se décida à faire le voyage de Paris, et à entrer à l'hôpital Saint-Louis, où il fut soumis à un traitement amer, aux bains sulfureux, etc... L'insuccès de ces moyens nous engagea à proposer au malade la trépanation, comme moyen sûr de détruire les trajets organisés pour en obtenir l'oblitération, et ce ne fut cependant qu'après trois mois de séjour dans nos salles que nous mîmes à exécution l'opération proposée, c'est-à-dire le 11 décembre 1835.

Je ne reviendrai pas sur les détails qui ont été donnés au sujet du procédé, qui n'a subi, dans ce cas, aucune modification.

Cinq couronnes de trépan furent appliquées sur la longueur du tibia, et fournirent une perte de substance assez considérable. La scie circulaire entama l'os avec beaucop plus de difficulté qu'elle ne l'eût fait sur un os primitif et sain, aussi les applications de ces diverses couronnes furent-elles fatigantes et laborieuses, tant l'os trépané était dur et compacte.

La profondeur à laquelle parvinrent les couronnes de trépan me prouva qu'il n'existait pas de canal médullaire. Au reste les portions d'os cylindriques séparées par les efforts de la scie, avaient à peu près un pouce de longeur, et étaient creusés au centre d'un conduit organisée. Le tibia était donc très-compacte et dépourvu de conduit central.

Le malade fut pansé pendant tout le temps de la cicatrisation avec de la charpie trempée dans l'eau froide.

De toutes parts des bourgeons se sont élevés du fond de la plaie, de la circonférence et de la surface, et ils ont été précédés de la chute de portions osseuses minces, touchées par la scie; tous se sont réunis et ont rempli l'espace résultat de la perte de substance qui a entièrement été réparée, au point que depuis plus de trois mois que la guérison est complétement terminée, il n'existe qu'une petite excavation sans laquelle, en effet, il y aurait un niveau complet. Il y a donc eu régénération, et cette régénération a été produite par le tibia seulement, et non par la membrane médullaire qui n'existait pas. Sans doute que si cette reproduction a été aussi parfaite, cela doit être expliqué par la grande activité du développement des organes et des os en particulier à cet âge de la vie; et en second lieu au diamètre de la couronne de trépan, qui était à peu près de quatre lignes.

Il nous semble que chez ce jeune malade, à la faveur du travail inflammatoire, des portions d'os se sont nécrosées, que le ramollissement que nous avons rencontré en faisant pénétrer la sonde, et qu'on aurait pu regarder comme une carie, n'était autre chose que le résultat d'un bourgeonnement qui permettait à la sonde de traverser aisément les parties malades.

En 1833, j'ai trépané le tibia d'un nommé Levasseur, âgé de vingt-huit ans, d'une constitution lymphatique, qui entra à l'hôpital Saint-Louis pour y être traité d'un engorgement du tibia très-douloureux accompagné de fistules. Une couronne de trépan fut appliquée, et un cylindre d'environ six lignes de longueur fut extrait: je ne trouvai pas de séquestre.

Le malade fut pansé avec de la charpie trempée dans de l'eau froide, et le 8 décembre de la même année, la plaie était entièrement cicatrisée et le malade en état de sortir.

Les anciens, dit-on, au lieu d'extraire le séquestre comme le font les modernes, avaient recours à l'amputation, qui n'est, à l'époque actuelle, mise à exécution que lorsqu'il n'est plus d'espoir de le détruire ou d'en faire l'extraction. Ce n'est donc que lorsque les parties molles ont subi une atteinte grave par la présence du séquestre que la suppuration épuise le sujet, et qu'on n'entrevoit pas de moyen d'y remédier, que l'amputation alors est nécessaire et indiquée.

Mais faut-il, comme le conseillent quelques auteurs, pratiquer l'amputation au-dessus de la nécrose? Comme on le dit, je crois que l'on ne peut et que l'on ne doit pas poser de principe à ce sujet, parce que d'abord il est difficile de dire à quel endroit commence et finit le séquestre, parce qu'ensuite il a quelquefois cheminé dans le canal médullaire, et parce qu'enfin je ne vois pas pour quelle raison l'amputation ne se ferait pas sur l'os nouveau qui enveloppe l'os primitif; mon opinion est donc contraire à celle de ceux qui professent la première. Tous les avantages sont cependant en faveur de ce dernier mode, puisqu'il est vrai qu'on s'éloigne du tronc, puisque la section de l'os primitif et de l'os nouveau n'empêche pas, après l'amputation, de retirer le premier: puisque les accidens inflammatoires sont moins

redontables, quoiqu'on ait avancé qu'il faillait choisir l'endroit où les parties molles étaient à peu près saines. Ces parties molles, en effet, ne sont pas transformées, elles sont seulement unies par de la lymphe que la suppuration dégorge, au point de rétablir leur mollesse.

Cette thérapeutique courageuse n'est donc qu'exceptionnelle; aussi, avant d'avoir recours à une pareille mutilation, il faut y être forcé par l'épuisement général, ou bien parce que l'articulation voisine participe au désordre, soit qu'une inflammation diffuse ait peu à peu gagné le tissu cellulaire de l'articulation et la membrane qui tapisse les surfaces articulaires, ou que la jointure soit devenue malade par la présence du corps étranger, qui aurait amené un travail inflammatoire dans les têtes des os, qui auraient fini par être percées à la longue par le séquestre, comme nous en possédons un exemple que nous allons rapporter.

Guinle (Alexandre), âgé de vingt-cinq ans, graveur, né à Rouen, entra à l'hôpital Saint-Louis le 13 janvier 1835. Ce jeune homme a la figure pâle, les membres peu développés, la cavité thoracique bien conformée; il dit avoir toujours été bien portant jusqu'à l'âge de dix-sept ans. Dans son enfance, il n'a jamais eu de ganglions engorgés au col. Il y a huit ans qu'il fut pris instantanément de douleurs très-vives dans le genou droit: la peau de cette région présenta une rougeur très-intense, et toute cette articulation acquit un volume considérable. Malgré ces accidens, le malade n'en continua pas moins de marcher ce jour-là et alla même à deux lieues de sa demeure. Nous l'avons interrogé pour essayer de reconnaître à quelle cause on pouvait attribuer le développement aussi rapide des phénomènes que nous venons de signaler, toutes nos questions n'ont fait qu'augmenter notre incertitude; il n'avait pas reçu de coup et n'était pas tombé. Il habitait un des quartiers les plus sains et les mieux aérés de Rouen; il couchait dans une chambre éclairée, n'avait jamais eu de rhumatisme ni contracté de maladie vénérienne.

Le lendemain au matin, la rougeur avait disparu, mais le gonflement était le même, et les douleurs tout aussi fortes que la veille, furent encore exaspérées par la marche. A dater de ce moment, il garda le repos pendant huit à dix mois, et lorsqu'il se levait pendant quelques momens ou se promenait dans sa chambre, il se couchait avec de plus grandes souffrances qu'avant.

Un médecin, qu'il consulta dès le bébut de son affection, lui conseilla l'immobilité et l'application de cataplasmes émolliens; on n'eut pas recours aux émissions sanguines, et, quinze jours après l'emploi de cette médication, il ne survint aucune amélioration; c'est ce qui engagea ce malade à appliquer des cataplasmes émolliens et résolutifs faits avec des feuilles de mauve, de plantain, et de la décoction de fleurs de sureau. Ces nouveaux topiques n'arrêtèrent pas la marche des symptômes inflammatoires, et il se développa, à la partie externe du genou, un abcès qui s'ouvrit spontanément, donna issue à de la sérosité rougeâtre et à du pus; il se ferma au bout de deux mois environ. Cet abcès cicatrisé, il s'en forma un autre à la partie interne du genou, et, comme le premier, il se ferma; ils ne donnèrent jamais issue à des portions osseuses. Plus tard, un grand nombre d'abcès disséminés apparurent au tiers moyen de la cuisse; ils suppuraient peu, laissaient échapper quelques esquilles et se cicatrisaient.

Un an après le début de tous ces accidens, le malade commença se servir du membre; mais il boitait et ne pouvait marcher sans l'aide d'un bâton. Quelques mois plus tard un nouvel abcès se déclara en dehors du genou, et dégénéra en fistule qui a persisté jusqu'au moment de l'amputation.

Un médecin jugea alors qu'il fallait appliquer un moxa à la partie interne de la rotule; M. Claubert, de Rouen, consulté, conseilla au malade de s'abstenir des alimens farineux, et le mit à l'usage des boissons amères. Guinle, ennuyé de voir son mal rester à peu près stationnaire, demanda avis à un grand nombre de praticiens, qui l'engagèrent, il y a vingt mois, à laisser son membre dans le repos et à tenir constamment la jambe étendue sur la cuisse, afin de favoriser la formation d'une ankylose. Le malade suivit ce conseil, et chaque jour, à son atelier, il posait le membre sur un tabouret, et le tenait dans une immobilité absolue. Il conserva cette position pendant six à huit mois; l'ankylose survint, et les douleurs diminuèrent beaucoup, la marche devint alors facile.

Pendant tout ce long espace de temps, durant lequel nous avons suivi le développement des différentes périodes de l'affection qui nous occupe, Guinle contracta un grand nombre de maladies vénériennes; il eut neuf blennorrhagies dont quelques unes furent accompagnées de chancres à la verge, et cependant jamais il n'eut de bubons ni d'ulcération dans la gorge. Il avait commencé à diverses reprises plusieurs traitemens mercuriels. Il y a deux ans, il entra à l'hôpital des vénériens de Rouen, et là il fit des frictions sur les cuisses, et prit de la liqueur de Vanswieten d'une manière assidue pendant cinquante jours; la blennorrhagie qu'il avait alors ne céda pas à cette médication, persista encore pendant longtemps, et il n'en fut débarrassé qu'après avoir pris une grande quantité de poivre cubèbe.

Trois mois avant d'entrer à l'hôpital Saint-Louis, Guinle entra à l'Hôtel-Dieu de Paris, pour y être traité d'un érysipèle phlegmoneux, qui se manifesta d'abord au pourtour de l'articulation affectée, et qui plus tard envahit la jambe du même côté, sur laquelle se développèrent plusieurs abcès.

Cet homme, malade depuis huit ans, vit bien qu'il n'y avait d'autre remède que l'amputation, et que c'était le seul moyen de le débarrasser d'un mal aussi opiniâtre qui le minait.

L'examen anatomique du membre et l'inspection attentive du genou nous firent connaître des altérations curieuses qui méritent de fixer l'attention des médecins, en leur montrant la nécessité d'attaquer le séquestre quand il est devenu mobile, pour l'empêcher de cheminer et d'altérer les articulations voisines.

La peau était couverte de plusieurs cicatrices arrondies, disséminées sur le tiers inférieur de la cuisse et le genou droit : c'est par ces ouvertures, remplacées par des cicatrices, que sortaient autrefois des portions d'os nécrosées. La jambe ne pouvait être étendue sur la cuisse, et les mouvemens de latéralité et d'avant en arrière étaient tout à fait impossibles; aussi l'ankylose était-elle complète.

J'ai rencontré trois ouvertures fistuleuses qui étaient l'origine d'autant de trajets, et qui tous venaient converger vers l'os mort, au point qu'un stylet introduit dans chacune d'elles donnait la sensation d'un corps dur et sec par la percussion : tous n'avaient pas la même longueur; l'un se dirigeait de la partie postérieure du genou sur le condyle interne du tibia, et avait un pouce et demi environ de longueur, et l'autre, long de trois à quatre pouces, s'avançait dans le creux du jarret, vers le séquestre.

Tous les tissus, à la coupe, offrent presque la même coloration blanche et l'aspect du tissu fibreux; ils résistent à la section et présentent une grande dureté. La coloration uniforme dont nous venons de parler est mêlée, par instans, à une teinte jaunâtre, moins foncée, qui est celle de la graisse. La veine, l'artère et les nerfs poplités sont dans leur état normal, c'est-à-dire que les uns sont perméables au sang, et que les autres ont perdu seulement un peu de leur volume et de leur brillant; mais il était impossible de les isoler, de les séparer par la dissection des organes environnans; les chairs étaient atrophiées.

Notre examen a porté ensuite sur les os, dont la situation, le volume, la consistance, la direction et les rapports articulaires avaient changé. Le fémur, dépouillé de son périoste, est extrêmement épais, a sept pouces environ au-dessus de son extrémité inférieure ou tibiale, et a plus de quatre pouces de circonférence; tout son extérieur est rugueux, inégal, bosselé, et présente une foule d'enfoncemens, d'ouvertures vasculaires, qui ont un quart de ligne à une ligne de diamètre : des éminences osseuses de nouvelle formation. Il présente, à sa partie postérieure, et plus du côté interne que de l'externe, une perte de substance qui laisse voir une partie de l'os primitif frappé de mort, recouvert dans quelques points par des avances osseuses nouvelles; de sorte que le séquestre était en contact avec les parties molles du jarret, et entretenait une suppuration abondante et continuelle.

Avant de procéder à l'examen de l'intérieur du fémur et du séquestre, examinons la manière dont les surfaces articulaires sont confondues, et les rapports qu'elles ont entre elles.

Les condyles du fémur, ainsi que la rotule, sont très-saillans en avant, pendant que le tibia est projeté en arrière, de manière que les surfaces articulaires pourraient simuler presque une luxation incomplète par la position du tibia sous le fémur. Les condyles de celui-ci n'appuient sur le tibia que par leur face postérieure, qui est confondue avec les surfaces articulaires du principal os de la jambe.

Pour bien examiner la structure intérieure du fémur, des surfaces articulaires du genou et le séquestre, un trait de scie a été promené de haut en bas au milieu du fémur, de ses surfaces articulaires et de celles du tibia; cette manœuvre a été longue et difficile, à cause de la dureté de ces os. La coupe verticale n'occupait pas assez exactement le centre pour protéger le séquestre enveloppé par eux.

Les deux portions latérales de l'os nous prouvèrent que le canal médullaire ne s'était pas reformé dans la longueur du nouvel os, puisque cette section nous dévoila son absence. L'une et l'autre surface sciée nous présenta une couche assez mince du tissu compacte d'une ligne d'épaisseur; du tissu spongieux, aréolaire, très-serré et rougeâtre, à peu près à sept pouces au-dessus de l'extrémité inférieure du fémur, et dans un pouce et demi suivant le diamètre antéro-postérieur. Au-dessous et dans tout le trajet du séquestre, on ne retrouvait qu'un tissu très-compacte, blanc et dur comme de l'ivoire.

---

n° 41. — 8 oct.

Observation d'odontolithe développée dans l'écartement des deux racines internes de la première dent molaire supérieure du côté gauche chez une femme de trente-six ans.

Dans les premiers jours du mois de juillet dernier, une femme vint me consulter pour une fluxion à la joue gauche, produite par une affection de la mâchoire supérieure, dont l'origine, me dit-elle, remontait à une époque très-éloignée. Malgré les souffrances que lui occasionnait la récidive fréquente de cette fluxion, elle avait toujours reculé devant l'idée de faire visiter sa bouche par un médecin, dans la crainte qu'on ne lui fît une opération. Cependant, depuis quelques jours, les douleurs qu'elle ressentait habituellement étaient devenues si vives, le gonflement des parties molles avait été si considérable, que, surmontant sa répugnance, elle était venue réclamer mes conseils. Une hémorrhagie assez abondante, qui continuait encore, une odeur infecte qui s'échappait des parties malades, étaient venues compliquer son état habituel, et elle s'était enfin déterminée à laisser reconnaître la cause de ses souffrances.

En procédant à cet examen, je fus frappé d'une odeur gangréneuse qui s'exhalait de la cavité buccale, et j'en trouvai aussitôt la cause dans l'état de mortification où se trouvait une partie du tissu gengival de la partie gauche de la mâchoire supérieure; l'hémorrhagie avait été la suite du déchirement des parties mortifiées. Ce qui me surprit davantage dans cette investigation, ce fut de trouver sur le bord alvéolaire gauche supérieur la cause de tout ce désordre, dans une masse solide, d'apparence osseuse : longue d'un pouce, large de huit à dix lignes, et occupant au milieu des tissus putréfiés tout le bord libre de l'alvéole. Cette masse, parfaitement circonscrite, était mobile, et communiquait à la dent



molaire, qui lui correspondait, les mouvemens qui lui étaient imprimés. La couronne de cette dent, quoique encroûtée d'une petite quantité de tartre dentaire, me parut saine; mais elle était déviée de sa direction verticale, et se portait obliquement vers la face latérale de la langue. Peu fixé d'abord sur la nature de cette production anormale, et dans le doute si elle appartenait aux racines de la dent, ou si elle n'était pas le résultat d'une maladie du rebord alvéolaire de la mâchoire, je déclarai à la malade qu'il était urgent de procéder à son extraction. Elle y consentit, et je la fis le lendemain matin, sans difficulté, à l'aide d'une pince un peu forte. Ce fut seulement alors que je pus reconnaître que cette production n'était autre qu'une de ces concrétions pierreuses désignées par Delabarre sous le nom d'*odontolithes*, ou calculs buccaux. Son grand développement, son adhérence par sa partie la plus rétrécie à l'écartement des deux racines externes de la dent, qui sont saines : sa forme particulière, qui lui donne quelque ressemblance avec un petit madrépore, me parurent de nature à être conservés (la pièce anatomique sera déposée dans le cabinet de l'École de Rochefort). Je priai la malade de me donner quelques renseignemens sur l'historique de sa maladie. Voici ce qu'elle m'a appris.

L'origine de cette concrétion remonte à plus de vingt ans. Dans son jeune âge, elle était sujette aux fluxions et aux douleurs dentaires. Étant enfant, elle s'était déjà aperçue du développement d'un corps solide sur le bord libre de la mâchoire; mais la crainte de voir employer des moyens violens pour la détruire, l'avait empêchée de montrer sa bouche à un dentiste. Il y a peu de temps, elle était parvenue à briser une petite portion de cette concrétion, à l'aide de la pointe d'un couteau, sans qu'elle en eût ressenti de soulagement. Enfin, une fluxion plus forte que celles qu'elle avait éprouvées, et la série d'accidens que j'ai indiqués plus haut, l'avaient amenée chez moi. Depuis longtemps cette femme a cessé de manger du côté gauche de la bouche, aussi toutes les dents de la mâchoire inférieure sont couvertes d'une couche épaisse de tartre, qui les réunit presque en une seule masse; la dernière molaire supérieure du même côté est aussi très-encroûtée de tartre, mais ces divers dépôts sont plus denses, moins poreux, que celui de la masse que j'ai extraite, à laquelle d'ailleurs je n'ai rien trouvé d'analogue dans les divers traités des maladies dentaires que j'ai pu consulter. Cependant plusieurs auteurs se sont occupés d'expliquer le mode de développement des concrétions qui se forment sur les dents; ainsi, depuis Magellan, qui, en les examinant au microscope, les a vues formées de cellules polyédriques, logeant des êtres animés, et les a assimilées à des polypiers, Leuwenhoeck, qui a compté un millier de ces animaux dans une quantité de matière égale en grosseur à la centième partie d'un grain de sable, on trouve l'opinion de Jourdain, qui signale des glandes particulières de la bouche comme chargées de la sécrétion du tartre; celle de Génot, qui le fait sécréter par les gencives elles-mêmes; celle de M. Serres, qui a vu, décrit et dessiné les glandes dentaires élaborant le tartre; celle du dentiste anglais Fox, qui attribue sa formation à la précipitation des sels de la salive au moyen du mucus de la bouche; les idées mixtes de M. Duval, qui en trouve tout à la fois l'origine dans une sécrétion pathologique des gencives, et dans une sorte de dépôt fourni par la salive et les autres fluides de la bouche; enfin, celle de M. Delabarre, qui rapproche leur formation de celle des autres calculs qui se forment dans les membranes muqueuses, et qui, d'après lui, sont dus à un état pathologique de ces membranes. Quelle que soit celle de ces opinions que l'on adopte sur la génération des concrétions dentaires, il est reconnu comme positif que presque toujours elles se forment sur la couronne des dents. D'abord molles, gluantes, limoneuses, elles se durcissent par couches superposées, et parviennent quelquefois à souder les unes autres toutes les dents d'une mâchoire. Dans l'observation que je rapporte, tel n'a pas dû être son mode de développement; la direction oblique en dehors des deux racines de la dent molaire, sur lesquelles elle est adhérente, doit faire supposer que ces racines se faisaient jour à travers l'alvéole, et que c'est d'abord sur elles que le dépôt de tartre s'est établi. Dans sa texture, on ne distingue pas la disposition par couches, et sa densité est loin d'égaler celle qu'ont habituellement ces odontolithes. Quoi qu'il en soit, par son grand développement, elle a produit les accidens signalés comme accompagnant souvent ces sortes d'affections; ainsi fluxion, inflammation et même gangrène du tissu gengival. L'état de maigreur dans lequel se trouve le sujet qui en était porteur donne lieu de croire qu'elle a pu influer sur l'exercice de la fonction digestive. Les auteurs qui se sont occupés de pathologie dentaire affirment que ces amas énormes de tartre sont plus fréquens dans les pays marécageux et humides que dans les autres contrées; le fait que je rapporte viendrait à l'appui de leur assertion, car la femme qui en fournit l'occasion est de Rochefort, et n'a jamais quitté son pays. Enfin, si l'oubli des soins de propreté peut être regardé comme facilitant le développement de ces concrétions, mon observation vient encore confirmer ce fait; car la malade s'est même refusée à faire nettoyer sa bouche, et à prévenir, par des soins bien entendus, la récidive d'un mal auquel elle paraît éminemment prédisposée.

Rochefort, le 12 septembre 1836.

A. Lefevre,
médecin-professeur de la marine.

N° 42. — 15 oct.

Recherches sur la nécrose et la trépanation des os, par M. Jobert de Lamballe, D.-M., chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, etc., etc.

(Cinquième et dernier article.)

La rotule est soudée avec la partie antérieure des condyles du fémur, et un espace existe entre le tibia et



les deux condyles du premier os, espace qui était occupé par les ligamens croisés, détruits, ainsi que la synoviale et les fibro-cartilages, pendant la longue suppuration. On aperçoit sur la surface sciée, dans une étendue de cinq pouces, un séquestre dont le diamètre est d'un pouce environ, poli à sa surface, gris-verdâtre, s'étendant du quart inférieur du fémur jusque dans l'épaisseur du condyle interne du tibia, dans lequel il a creusé une loge pour son extrémité inférieure, qui offre presque un pouce et demi de diamètre. Le cylindre que représente cet os primitif serait complet si des esquilles ne s'en étaient séparées. L'extrémité supérieure de ce séquestre est découpée et enveloppée par une substance extrêmement compacte de l'os nouveau; il en est de même de l'extrémité inférieure, qui, de toutes parts, est enfermée par l'extrémité supérieure du tibia endurci. La cavité du séquestre remferme un liquide sanieux, mêlé de pus et de sang.

Là se termine cette observation, dont on peut conclure: 1° que dans ce cas, comme dans beaucoup d'autres, l'os nouveau avait plus de volume que l'os primitif; 2° que la totalité du premier a été frappée de mort, ce qui démontre l'erreur de ceux qui croient que jamais un os en entier n'est nécrosé; sa forme de cylindre régulier, sa surface extérieure lisse, correspondante à l'os nouveau, son canal médullaire, démontrent évidemment que maintenant on ne peut plus admettre que l'os meurt toujours dans une partie de son épaisseur seulement;

3° Que le canal médullaire s'oblitère, parce que la membrane qui le tapisse, et qui porte son nom, a été désorganisée;

4° Que les parois du canal médullaire nouveau se rapprochent, se confondent, et que la cause de leur fusion existe dans le bourgeonnement intérieur de l'os secondaire;

5° Que le séquestre peut cheminer dans le canal médullaire nouveau, traverser des surfaces articulaires et l'articulation, de manière à produire une inflammation adhésive et une ankylose complète;

6° Que le séquestre sert de modèle à l'os de nouvelle formation;

7° Que le périoste seul a donné naissance à cette nouvelle production osseuse.

Comme chez ce malade la réunion du moignon n'avait pas été obtenue par première intention, et comme la violence de l'inflammation s'y était opposée, j'ai pu examiner ce qui se passait sur l'os scié. Un gros bourgeon, qui naissait du canal médullaire, sorte d'hypertrophie de la moelle, se couvrit d'une membrane blanche, sur laquelle parurent des bourgeons celluleux qui suppurèrent, prirent de la force et de la solidité à mesure que ceux fournis par le périoste et la lymphe exhalée par cette dernière enveloppe se continuèrent avec eux, et devinrent dès lors le germe d'une cicatrice osseuse, qui devenait de plus en plus compacte à mesure que la santé de cet homme s'améliorait.

Le trépan, dont nous venons de faire l'application à un cas particulier, est une véritable résection osseuse pratiquée dans le but de retirer une portion d'os nécrosé, que l'illustre Quesnay, membre de l'immortelle Académie de chirurgie, a étendu à un plus grand nombre de cas, en vantant les triomphes de cette grave opération, qui est loin d'être dépourvue des accidens dont on voulait alors la dépouiller, et qui est loin d'être aussi peu efficace et aussi inutile que l'ont prétendu des chirurgiens de l'école de Desault, et ce grand chirurgien lui-même.

L'abus de l'emploi du trépan est aussi blâmable que sa proscription absolue; car on ne peut nier les heureux effets inespérés de cette opération, qui a été signalée d'un autre côté par tant de revers.

Peut-on expliquer les insuccès constans des uns et les éloges que lui prodiguent les autres? Il me semble que c'est parce qu'on a trop tardé de faire cette opération qu'on l'a vue échouer en des mains habiles, ou parce qu'elle a été faite dans des circonstances où nulle ressource humaine n'aurait pu triompher du désordre organique.

Ceux qui l'ont tant vantée l'avaient mise à exécution dans des cas où elle était sans doute inutile, et dans lesquels les moyens simples de la thérapeutique auraient prévenu les accidens que l'on redoutait.

Nous ne croyons donc ni aux succès nombreux ni aux insuccès constans, et nous pensons que le trépan, recevant ses applications, sera un moyen sûr d'arracher des malades à une mort tardive ou prompte. L'époque et la nature du mal devront servir de guide au praticien, et si je me permets quelques réflexions sur cette matière intéressante, on me pardonnera en faveur du sujet, traité avec tant de talent par des hommes d'une vaste expérience, tels que Pott, Quesnay, Boyer, Dupuytren, Richerand, Larrey, etc. On l'a mis en pratique, comme nous l'avons déjà dit, pour évacuer un liquide, pour retirer une portion d'os morte, détruire des trajets organisés, changer la vitalité d'une partie, retrancher une portion d'os exubérante, pour détruire une névrose ou des névralgies.

C'est à l'aide du trépan qu'on évacue un liquide purulent accumulé dans le médiastin antérieur, ou qu'on agrandit une ouverture du sternum, pour lui donner une libre et facile issue, afin d'empêcher son séjour ou sa fusion au travers des organes; c'est par le trépan qu'on a conseillé d'évacuer un liquide situé derrière l'omoplate ou l'os des iles: c'est avec cet instrument qu'on a donné issue au pus et au sang contenus dans l'intérieur du crâne. C'est à propos de ces épanchemens que les chirurgiens ont tant débattu la question de savoir, s'il y avait nécessité à évacuer un liquide, ou si les dangers de l'opération n'étaient pas plus graves que la présence du pus ou du sang. Desault, par son expérience, a voulu la décider et mettre fin à ces débats en proscrivant le trépan dans les plaies de la tête, et en lui substituant une méthode toute dérivative, admise, à quelques modifications près, par la plupart de ses élèves, embrassée d'une manière exclusive par M. Gama, chirurgien militaire distingué, ainsi que par un chirurgien des hôpitaux de Paris, M. Malgaigne.

Pott a conseillé le trépan avec enthousiasme, et les faits qu'il rapporte dans son ouvrage aux pages 146, 147 et 168, sont de nature à piquer vivement la curiosité des hommes de l'art, et à les faire réfléchir sur son rejet. Il est à remarquer qu'il a étendu l'emploi de ce moyen aux fractures simples du crâne, sans enfoncement, et qu'il a reproché les insuccès souvent à la timidité du chirurgien et à ce qu'il ne l'a pas assez multiplié. C'est à l'instant même que Pott l'a mis en usage. Notre opinion est que ce grand chirurgien avait examiné cette opération sous son véritable point de vue, et, comme lui, nous pensons qu'il vaut mieux appliquer une couronne de trépan inutile que de ne pas le faire quand la nécessité paraît le commander. Je ne pense pas que l'on doive attendre les accidens de compression pour y avoir recours, et que l'instant où la plaie vient d'être faite est celui où le trépan convient le mieux.

Quelle que soit la fracture des os du crâne, quel que soit son siége, une plus ou moins grande quantité de sang est versée à l'extérieur et à la surface de la dure-mère, qui, le plus ordinairement, est décollée dans une certaine étendue. On sait que bientôt le sang se coagule, et que de nouveaux liquides étant versés, une compression plus ou moins évidente s'établit, s'il n'est porté à l'extérieur, par l'ouverture faite aux os du crâne. C'est pour prévenir de pareils accidens que cette opération me semble devoir être mise en usage.

Je sais qu'on me répondra que le sang peut être résorbé là comme ailleurs, et qu'il n'y a pas de nécessité à mettre largement la dure-mère à découvert; mais nous répondrons que la résorption est infiniment moins active dans cet endroit, à cause des tissus fibreux et osseux, et que le sang qui est déposé entre eux s'altérera d'autant plus facilement que les os du crâne seront brisés et mis à nu.

C'est avec raison que Pott et plusieurs chirurgiens ont insisté sur l'altération du sang, et c'est en effet à l'époque où il s'altère qu'on voit le trouble général survenir et l'inflammation des membranes d'enveloppe du cerveau. L'agrandissement de la fracture par le trépan nous semble donc indiqué à l'instant même pour évacuer le sang encore liquide et éviter l'altération, qui est ici plus fréquente qu'ailleurs, et aussi plus inquiétante. C'est dans ces fractures, avec peu d'écartement des fragmens, que l'on voit les redoutables effets de l'épanchement ou du ramollissement du sang; et, au contraire, tous les jours nous voyons des fractures avec écartement des fragmens, avec enlèvement d'un ou de plusieurs d'entre eux, n'être suivies que de peu d'accidens traumatiques, ce que l'on a expliqué ingénieusement par la concentration du coup sur un seul point du crâne, et dont nous nous rendons compte par la sortie facile du sang à l'extérieur pendant les mouvemens du cerveau. Les faits de ces fractures, qui paraissent si graves, sont rapportés en nombre dans les auteurs, sans parler de ceux que je possède, et qui me raffermissent dans mon opinion. Je prévois que la question que je soulève excitera, dans l'état actuel de la science, des murmures; mais, fort des recherches de Pott, de celles de Boyer et de celles qui me sont propres, je persiste à penser que l'opération de térébration fera vivre un plus grand nombre d'hommes, si l'on se hâte de la pratiquer lorsque l'ouverture est étroite.

N'est-ce pas parce que M. Paul Dubois a pratiqué à l'instant même le trépan contre une hémorrhagie que sa tentative a été suivie de succès?

Mais si l'épanchement n'a pas été empêché, et que des symptômes dénotent la présence du pus ou du sang, faut-il trépaner? Oui, lorsque le foyer est circonscrit, lorsque la paralysie est bornée à un point du corps; mais il faut peu compter alors, dans les cas les plus favorables, sur la réussite; car c'est pour avoir attendu le travail inflammatoire et celui du ramollissement du sang que cette opération a été suivie tant de fois d'insuccès, au point que des chirurgiens l'ont entièrement abandonnée.

Lorsque l'épanchement auquel le trépan donne issue est liquide, circonscrit et borné à un point, une couronne de trépan suffit; mais lorsqu'au contraire la matière qui le compose est solide, étendue à une plus grande surface, on conseille, pour éviter la putridité, d'appliquer plusieurs couronnes pour retirer avec plus de facilité et en totalité, si cela est possible, le liquide. Quesnay rapporte un fait de Magatus, qui fut obligé d'appliquer plusieurs couronnes de trépan, et qui ne put cependant par là retirer la totalité du sang, fortement adhérent à la dure-mère, et qui se putréfia.

Quesnay a, dans son enthousiasme pour le trépan, commis une grande erreur en comparant les ouvertures faites au crâne à celles que nécessitent des foyers accumulés au sein des parties molles: car l'analogie n'est pas complète, ainsi qu'il veut le faire croire, puisque celles-ci reviennent sur elles-mêmes et tendent à effacer le foyer, et que l'action de l'air n'a certainement pas la même influence sur une poche développée dans l'épaisseur de la cuisse que sur les cavités splanchniques, et entre autres sur la cavité crânienne. Sans admettre cette dernière opinion, je n'en suis pas moins convaincu de la nécessité d'appliquer plusieurs couronnes de trépan, surtout s'il s'agit d'évacuer un liquide contenu entre la dure-mère et les os du crâne, mais je ne pourrai jamais partager la manière de voir de ceux qui veulent que par douze ou un plus grand nombre de couronnes de trépan on mette à découvert les membranes pie-mère et arachnoïde, car l'inflammation qui doit infailliblement se développer dans ces circonstances rendra cette opération inutile et mortelle.

Lorsqu'on est convaincu qu'un épanchement se forme, il faut trépaner pour lui donner issue; lorsqu'il est circonscrit, on doit y avoir recours surtout, et la crainte de l'extravasation du sang dans l'épaisseur de la pie-mère ne doit pas être une contre-indication et rendre le chirurgien timide, car lorsqu'on espère produire quelque bien, comme le dit Pott, on doit repousser cette faiblesse venue de l'école italienne: « *Ne sic occisi, qui servari non potuerint, viderentur.* »

2 C.

Les os des membres, courts, longs et larges, ont été trépanés, et tantôt la trépanation a été pratiquée pour avancer la chute d'un os mort, pour changer la vitalité d'un os frappé de carie, tantôt pour détruire les trajets organisés qui se sont quelquefois creusés dans l'épaisseur des os.

Un os mort trépané ne tombe pas plus vite, on pense même le contraire ; aussi faut-il attendre patiemment que la nature par ses ressources sépare les parties vivantes des parties mortes.

Si le trépan est inutile dans la nécrose, au moins il ne paraît pas être la cause d'accidens qui ne sont que trop fréquens lorsque le chirurgien, dans le but de modifier une surface osseuse, corrode, détruit tout ce qu'il croit être altéré, ulcéré ; car le développement d'une inflammation salutaire que l'on désire obtenir par l'action de cet instrument, la formation de bourgeons et de la cicatrice, sont des résultats heureux qui sont souvent interrompus par la violence des accidens. D'après cela, je ne peux comprendre qu'on ait espéré détruire le mal en attaquant les os cariés avec le trépan, et il n'est guère possible aussi de se figurer qu'une partie malade change de vitalité par son usage.

N'avons-nous pas dit, en effet, que la carie n'est autre chose qu'une inflammation de la substance osseuse, des os courts et des extrémités des os longs, et qu'elle débute d'une manière à peu près constante par des douleurs, du gonflement, de la chaleur, phénomènes qui ne laissent aucun doute sur l'existence d'un travail inflammatoire. Que faut-il donc attendre, dans des circonstances pareilles, de cet agent thérapeutique, si ce n'est la mortification de l'os, la nécrose générale de partielle qu'elle était, et l'apparition de phénomènes inflammatoires graves qui quelquefois menacent les jours des malades, et dont la violence de la fièvre traumatique suffit quelquefois pour les faire succomber.

Les caries du calcanéum, du cuboïde, du scaphoïde, ne doivent donc pas être traitées de cette manière, puisque, loin d'améliorer l'état du malade, on ne fait que l'aggraver en augmentant l'inflammation et le désordre local. J'ai vu trépaner le calcanéum d'une fille forte et vigoureuse, qui succomba après de vives douleurs et une fièvre traumatique intense. Dupuytren avait voulu détruire les points cariés de cet os spongieux, et n'en obtint que des effets malheureux. La désorganisation que détermina le trépan dans cet os était loin d'avancer la guérison, et, sous ce rapport, l'opération étant loin d'être rationnelle, contrairement à l'intelligence habituelle de ce grand chirurgien, détermina les déchiremens des vaisseaux, des parties molles, et partant une inflammation violente de tous ces tissus. Le trépan ne convient donc nullement dans la carie au premier degré, et pas davantage dans celle au deuxième degré, cas dans lequel il existe fistule, ulcération des parties molles et nécrose partielle de l'os.

Cette opération ne remédiant pas à la cause productrice de la maladie, ne peut qu'être dangereuse.

L'opération du trépan étant une opération inutile ou dangereuse dans les deux précédentes altérations des os, ne convient donc que comme moyen de préparer une voie à l'issue du corps étranger, et nous ne l'admettons que dans le cas de nécrose invaginée et de trajets fistuleux.

Que le trépan, opération trop négligée de nos jours, soit pratiquée sur la voûte du crâne, les os longs ou les os larges, comme nous l'avons dit, une cicatrice osseuse remplit l'espace qui est le produit de la perte de substance, si toutefois celle-ci est peu considérable ; car, dans le cas contraire, la nouvelle production osseuse ne pouvant occuper la totalité de l'ouverture, il demeure au centre une substance molle, flexible, qui ne devient jamais osseuse dans ce point.

Dans le mémoire de Quesnay sur le trépan, des faits sont rapportés par lui pour prouver que l'ouverture faite se remplit tantôt par une substance complètement osseuse, et d'autres fois par une reproduction osseuse en partie, avec une substance tendre au centre et un petit trou au milieu, ainsi que l'ont fait voir à l'Académie Faget et Morand sur les crânes d'individus guéris depuis longtemps. Ces faits viennent confirmer les théories que nous avons développées plus haut.

Je crois pouvoir conclure de ce qui précède ;

1° Que les causes de la nécrose sont mécaniques ou constitutionnelles, soit syphilitiques, dartreuses ou scrofuleuses ;

2° Que toutes agissent de la même manière sur l'os, c'est-à-dire en interrompant la circulation et en éteignant la vie ;

3° Que la nécrose est toujours une gangrène sèche, ce qui est dû à la structure intime de l'os ; cependant il y a une exception peut-être, c'est la carie dans laquelle les portions nécrosées sont mêlées à une grande quantité de liquide ;

4° Qu'un os peut être frappé de mort en totalité ou en partie, et non exclusivement de l'une ou de l'autre manière ;

5° Que l'os nouveau renferme toujours l'os ancien nécrosé ;

6° Que jamais l'os ne bourgeonne sans exfoliation, quel que soit l'âge de l'individu ; et nous ne nous hasardons à émettre cette opinion qu'après avoir observé à toutes les périodes de la vie de nombreuses dénudations des os ;

7° Que les os sont sujets aux fistules, qui sont entretenues par un séquestre ou par une membrane organisée ;

8° Qu'elles ne peuvent guérir que par l'enlèvement du trajet organisé ;

9° Qu'à l'aide d'une perte de substance faite par le trépan, on remplit ce but, et que tous les autres moyens mis en usage sont sans efficacité ;

10° Que la trépanation doit être mise en usage lorsque les ouvertures fistuleuses, comme cela a lieu presque toujours, sont trop étroites pour retirer le séquestre ;

11° Que la trépanation ne doit être pratiquée que lorsque l'os primitif est devenu mobile et que l'os nouveau est entièrement solide ;

12° Que si la trépanation était faite trop tôt, l'os nou-



veau plierait sous l'effort des muscles ou du poids du corps, et même le malade serait forcé de garder le lit pendant tout le temps de la cure après l'enlèvement de l'os ancien, qui sert de colonne et de moule à l'os secondaire;

13° Que la trépanation doit être faite en général là où se trouvent les fistules, et ce n'est que pour éviter, dans des cas rares, les gros vaisseaux et les gros nerfs qu'on se dévie de ce principe;

14° Que la densité des tissus, leur agglutination par de la lymphe, au lieu d'être une contre-indication à cette opération, est, suivant nous, une époque favorable pour éviter les grands écoulemens de sang et les phlegmons diffus;

15° Que le procédé qui consiste à extirper les chairs expose à la déchirure de la cicatrice et à des accidens nombreux que l'on peut éviter par un procédé plus simple.

16° Qu'une incision longitudinale qui comprend les fistules est terminée par des incisions obliques secondaires en haut et en bas, et que la dissection en deux lambeaux rend nuls les inconvéniens du premier;

17° Qu'on doit mesurer le nombre des couronnes de trépan sur le nombre des fistules et l'espace qui les sépare;

18° Que c'est à tort, par conséquent, qu'on indique une ou deux couronnes de trépan comme devant suffire;

19° Que les couronnes de trépan doivent être tellement disposées, qu'elles s'imbriquent les unes sur les autres, de manière à éviter les cloisons osseuses qui exigeraient une nouvelle manœuvre inutile;

20° Que pour extraire le séquestre, il faut l'ébranler doucement et le saisir par une de ses extrémités;

21° Que ne pouvant précisément compter sur le point le plus déclive du siége du séquestre, puisque bien souvent il est situé plus bas qu'on ne le pense, il ne faut compter pour l'enlever que sur les ouvertures fistuleuses;

22° Que les pansemens les plus simples et les plus convenables sont ceux qui se font avec de la charpie trempée dans l'eau froide, et un linge troué enduit de cérat;

23° Que le travail de réparation après l'application du trépan consiste dans l'exfoliation des parties osseuses sur lesquelles la scie a porté, dans le développement des bourgeons, qui d'abord sont vasculaires, qui ensuite deviennent osseux;

24° Qu'il y a régénération après cette opération, puisque la perte de substance est quelquefois si bien réparée, qu'il n'existe pas d'excavation. C'est ce que l'on rencontre chez les jeunes sujets, et chez ceux dont le canal médullaire a été oblitéré, parce qu'alors de toutes part naissent des bougeons ossifiants; aussi la cicatrice est-elle partout solide;

25° Que le même résultat ne s'observe pas lorsque les couronnes de trépan appliquées sont trop larges, cas dans lequel les bourgeons font de vains efforts pour se rencontrer; elle n'est osseuse que dans une partie de son étendue et non complétement, et enfin que lorsqu'il existe un canal médullaire, des bourgeons vasculaires surgissant de ce point, non-seulement la régénération n'est pas aussi parfaite, mais le centre demeure d'une manière constante dépressible, ne participant pas à l'ossification;

26° Que si la régénération est quelquefois incomplète, lorsqu'elle est due à l'os lui-même, il en arrive autrement lorsque le nouvel os est formé par le périoste; car alors la reproduction est entièrement osseuse, sans point cartilagineux et sans perte de substance;

27° Que lorsque l'os primitif a été nécrosé en entier, et le périoste conservé, c'est ce dernier qui seul fait tous les frais de la reproduction et qui forme une enveloppe au premier;

28° Que lorsque l'os primitif n'a été frappé de mort que dans une partie de son épaisseur et le périoste conservé, la partie intacte du premier forme des bourgeons, et de son côté le périoste exhale une lymphe ossifiable, et de la sorte la réparation vient de deux sources;

29° Que lorsque l'os est dénudé et le périoste détruit, la reproduction se fait seulement aux dépens des parties vivantes de l'os;

30° Que lorsque le périoste a été complétement détruit, l'os est frappé de mort dans toute son épaisseur, et il n'est pas reproduit par la membrane médullaire, comme on l'a prétendu, puisque jamais après les expériences sur les animaux, et dans les observations sur l'homme, on n'a rencontré l'os nouveau contenu dans le canal médullaire de l'os ancien;

31° Qu'il résulte des observations de M. Stanley et des miennes propres, que la membrane médullaire sert à sécréter la moelle, à former des bourgeons par l'inflammation, et non un nouvel os;

32° Que la nécrose et la carie me paraissent être deux maladies de même nature, à la différence près des périodes; c'est-à-dire, que dans la première période de la carie, on rencontre évidemment tous les symptômes de l'inflammation, et que dans la deuxième période de cette maladie il y a nécrose mêlée à divers liquides;

33° Que le trépan ne convient pas comme moyen de favoriser la chute des escarres dans la carie et dans la nécrose, puisque son action n'augmente pas la vitalité entre les parties vivantes et mortes;

34° Que dans la carie le trépan est inutile ou dangereux, puisqu'il ne fait qu'ajouter une inflammation à une déjà existante, et donner de l'extension à la mortification;

35° Que dans la première période de la carie, le traitement antiphlogistique doit être local, et qu'après la diminution de l'inflammation, les frictions iodurées locales pour favoriser la résorption des liquides épanchés sont à mettre en usage;

36° Que dans la carie avec plaie aux parties molles, il faut attendre la séparation des portions moléculaires mortes des parties vivantes, l'épuisement de la suppuration, le développement des bourgeons vasculaires, par les bains locaux et les pansemens;



37° Que l'amputation ne doit être faite dans la nécrose que lorsqu'il n'existe plus de ressource, que lorsque la suppuration est abondante, et que la trépanation est impraticable;

38° Que l'amputation peut être faite sur le point nécrosé, et que cela n'éloigne pas, par conséquent, du précepte qui veut en général qu'on ampute le plus loin possible du tronc la portion nécrosée, s'il en demeurait une étant placée au centre de l'os et pouvant être facilement retirée, comme je l'ai vu une fois;

39° Que la trépanation appliquée aux épanchemens du crâne doit être pratiquée pour les prévenir si l'ouverture faite aux os de cette cavité est trop étroite, et si des signes quelconques indiquent que le sang s'épanche entre la dure-mère et les os du crâne, et ne pas attendre par conséquent que le sang se soit coagulé et que la dure-mère soit recollée dans une plus grande étendue;

40° Que c'est pour ne pas avoir pratiqué le trépan de bonne heure qu'est due la si fréquente non-réussite de cette opération, comme l'ont indiqué de savans chirurgiens; c'est aussi l'opinion de M. le baron Larrey.

N° 43. — 22 OCT.

Observation d'encéphalopathie saturnine, précédée de quelques considérations sur cette maladie; par le docteur L. TANQUEREL DES PLANCHES.

Les auteurs qui ont écrit sur la colique de plomb ont parlé d'une manière vague du délire, du coma, des convulsions et de l'épilepsie qui peuvent survenir avec cette entéralgie. Nulle part on ne trouve de description un peu étendue de ces accidens; pour décrire leur ensemble, on se sert simplement des mots *délire*, *coma*, *convulsion*, *épilepsie*, sans autre commentaire. On donne souvent à entendre que toutes ces altérations cérébrales ne sont que des complications, et non des phénomènes inhérens à la maladie de plomb.

Depuis plusieurs années nous avons observé, du côté de l'encéphale, un assez grand nombre de symptômes saturnins qui, par leur réunion et leur enchaînement, constituent une des formes de l'empoisonnement par le plomb, aussi bien que la colique et la paralysie en expriment deux autres différentes.

Nous pouvons donc affirmer aujourd'hui que, lorsque les molécules saturnines viennent à porter leur influence directe sur l'encéphale, il en résulte un groupe de phénomènes morbides toujours à peu près identiques, qui constituent à eux seuls une maladie qu'il faut classer dans le cadre nosologique et que nous nommons *encéphalopathie saturnine* (1).

Mais, nous dira-t-on, pourquoi vouloir imposer un nom à ces accidens cérébraux produits par le plomb? La réponse est bien simple: de même que pour indiquer les accidens saturnins qui se passent du côté du ventre ou de la moelle épinière, vous vous servez des expressions de *colique, paralysie*, etc., de même aussi il faut, pour s'entendre, donner un nom à cette forme toute particulière de l'empoisonnement par le plomb. Ceci s'applique, du reste, à toutes les maladies; on les désigne en général par un nom quelconque, et non par une périphrase indiquant plusieurs symptômes. Le mot *encéphalopathie* est un peu long, nous en convenons, mais il a l'avantage d'être euphonique et de fixer dans l'esprit l'idée de la maladie sans opinions préconçues; par conséquent, il n'aura point à redouter les révolutions médicales opérées par les systèmes. Ensuite, l'adjectif *saturnine* indique la cause de la maladie.

Pour donner un exemple de l'encéphalopathie saturnine, nous allons communiquer au lecteur une des observations qui entreront dans un travail assez étendu que nous préparons sur cette matière.

Béchet, âgé de vingt-quatre ans, fortement constitué et d'une vie très-régulière, travaillait depuis six ans chez un broyeur de couleurs. Habituellement bien portant jusqu'en 1835, il fut alors, dans l'espace de six mois, atteint à deux reprises différentes par la colique de plomb. Pendant ces deux attaques d'entéralgie assez modérées, dont nous fûmes témoin, il ne se développa aucun accident nerveux insolite. Enfin, le 13 juin 1836, ce jeune homme, repris pour la troisième fois de colique de plomb, entra à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Michel, n° 2, service de M. Rayer.

Depuis quelques jours, Béchet se plaignait de petites coliques, d'anorexie et de douleurs dans les membres inférieurs; de la constipation était arrivée en même temps.

État du malade à son entrée à l'hôpital.

Ventre assez souple, plutôt saillant que rétracté; douleurs vives, principalement vers l'ombilic, remittentes et légèrement diminuées par la pression; quelques vomissemens; haleine fétide; gencives bleuâtres; langue légèrement blanche et humide. Teinte jaune plombée de la face. Intelligence intacte. Pouls assez dur, vibrant, cinquante-cinq pulsations; peau fraîche. Émission facile des urines. (Deux gouttes d'huile de croton-tiglium, lavement purgatif des peintres.)

Le 14 juin. Quatre garderobes et un vomissement ont eu lieu hier; aussi le malade se dit soulagé. (Eau de Sedlitz, une bouteille. — Deux selles dans la journée.) Vers dix heures du soir, il se lève tout-à-coup dans son lit, exécute quelques mouvemens en sens divers, prononce des mots sans suite, et se couche; il répète assez souvent ce manége.

Le 15, au moment de la visite, nous trouvons Béchet couché en partie sur le ventre, en partie sur le côté gauche; il a les mains appliquées sur l'ombilic; les membres inférieurs, ainsi que le tronc, sont un peu ramassés. On le croit dormant; les yeux sont fermés; lorsqu'on les ouvre, on trouve les pupilles dilatées et nullement contractiles à l'approche d'une bougie; il ne roule ni ne parle. Si on lui adresse la parole comme à

(1) Ἐν κεφαλῇ πάθος.

un autre malade, il ne répond pas; mais vient-on à l'agiter et à lui parler à haute voix, en un mot, excite-t-on son attention avec beaucoup d'activité, alors il entr'ouvre d'abord, puis ouvre complétement les yeux; si on lui fait en ce moment une question, il n'y répond pas, mais bredouille, avec un accent de dépit marqué, quelques mots, tels que *Pater noster*, etc., puis retombe dans son assoupissement, et quelquefois se tourne d'un autre côté dans son lit, mécontent de ce qu'on l'a réveillé. Lorsqu'il ouvre les yeux, ces organes, qui ne se dirigent nullement vers l'interlocuteur, sont hagards.

Quand, à force d'excitations, on parvient ainsi à tirer un peu le malade de son assoupissement, pareille scène se renouvelle toujours, et toujours il vous récite les mêmes mots. Et, chose bien singulière, lorsqu'on l'a fait sortir une première fois de sa somnolence, il suffit de le toucher, de tousser même, pour lui faire bredouiller son espèce de refrain *Pater noster*, etc., quoiqu'il soit retourné en apparence à son assoupissement, et qu'il n'ouvre pas les yeux en ce moment.

Une heure après la visite, lorsqu'on veut l'obliger à répondre à une question, après avoir entr'ouvert les yeux, il nous dit: *Attendez*, puis retombe dans sa somnolence.

Il peut se remuer facilement, mais avec assez de lenteur. Quelquefois il se lève sur son lit, puis il se couche sur le ventre, ou se place dans des positions bizarres, telles que : se mettre la tête en bas, prendre un point d'appui avec les mains sur son lit et présenter les fesses en l'air. Mais pendant ces divers mouvemens, exécutés avec beaucoup de calme, il ne parle pas, il entr'ouvre seulement les yeux. Dans un moment, il s'agenouille et se met à pisser sur son oreiller.

Tous les organes des sens sont émoussés (1); cependant ils transmettent les impressions, ce dont nous nous assurons à plusieurs reprises en faisant naître ces sensations; mais, pour faire cette expérience, il faut agir avec un peu d'énergie

Pouls toujours lent, régulier, vibrant, cinquante-cinq pulsations; chaleur de la peau naturelle; battemens du cœur normaux; face un peu vermeille; les sillons naso-labiaux et la conjonctive offrent une légère teinte jaune. Respiration bonne. Quelques petites croûtes jaunes sur les lèvres; langue comme la veille, absence de vomissemens. Le ventre n'est ni rétracté ni bombé; le malade y porte assez souvent les mains. (Deux gouttes d'huile de croton, lavement purgatif des peintres. — Sept à huit garderobes dans la journée.)

Le 16, à la visite du matin, on trouve les yeux du malade ouverts et hagards. On ne peut obtenir de réponse, l'entendement étant entièrement affaissé. Deux à trois minutes après notre arrivée, le globe de l'œil se porte en haut; quelques mouvemens convulsifs parcourent les membres supérieurs, ils sont bientôt suivis de fortes secousses spasmodiques et de torsion. La main se ferme et le pouce se place en dedans. Les pupilles dilatées restent immobiles. Enfin l'écume survient, accompagnée de mouvemens respiratoires saccadés et bruyans. La figure s'injecte un peu sans présenter cette turgescence si commune chez les malades atteints d'épilepsie. Le pouls n'éprouve aucune modification pendant l'attaque. Le tout dure à peine trois minutes.

Aussitôt l'attaque terminée, résolution complète des membres, calme parfait; la bouche reste ouverte et les yeux à moitié fermés. Les battemens du cœur s'accélèrent d'une manière irrégulière; le pouls perd sa dureté et devient si fréquent, qu'on compte cent huit pulsations; et une transpiration abondante se déclare.

Trois accès d'épilepsie arrivent dans l'espace d'une heure; dix à douze minutes après le dernier, la respiration devient lente, haute et difficile; toutes les puissances de cette fonction sont mises en jeu avec énergie, et le malade rejette un peu de salive écumeuse par une espèce de sputation; enfin les efforts respiratoires sont moins prononcés, et le calme se rétablit. Le malade paraît toujours somnolent entre les attaques d'épilepsie; il n'y a aucun moyen d'éveiller son intelligence; la seule chose qu'on puisse obtenir, à force d'excitation, c'est de lui faire entr'ouvrir les yeux.

On essaie d'introduire dans l'estomac deux gouttes d'huile de croton et d'administrer un lavement purgatif des peintres. Tout est inutile, rien ne peut empêcher l'épilepsie de se répéter fréquemment, à tel point qu'on ne distingue plus d'intervalle entre les accès : continuellement les membres, la face et le tronc sont agités de mouvemens convulsifs : le malade rejette sans cesse de l'écume par la bouche : ce sont plutôt des convulsions épileptiformes continues que des attaques distinctes. Enfin, sur les deux heures de l'après midi, le malade succombe au milieu de cet état comme asphyxié.

Autopsie faite le 17 juin, en présence de MM. Rayer, Littré, Sandras, Roger, Jacquart, etc. Roideur cadavérique assez considérable, embonpoint marqué, appareil musculaire fortement prononcé.

Abdomen. Paquet intestinal lubrifié par de la sérosité, comme dans l'état normal. A la jonction de l'S iliaque avec le cordon descendant gauche, ainsi qu'à la réunion de cette même S avec le rectum, on observe un rétrécissement de l'intestin très-sensible. Les parties intermédiaires et supérieures à ces espèces d'étranglemens sont dilatées par des gaz; du reste, on ne peut apercevoir aucune altération dans les tuniques de l'intestin rétréci. Une très-belle arborisation sanguine se voit sur toute l'étendue du tube digestif; elle est cependant plus marquée à la fin de l'iléum. Les épiploons offrent une teinte rosée; on sent quelques glandes mésentériques hypertrophiées.

Le tube digestif ouvert nous laisse voir, à notre grand étonnement, un développement prodigieux de glandes de Brunner et de Peyer. Dans toute la longueur de l'intestin grêle, nous apercevons un très-grand nombre de plaques saillantes de follicules agminés; les glandules de Brunner sont fort volumineuses. Dans le gros intestin, cette disposition anatomique n'apparaît que çà et

(1) Nous avons vu plus haut que la vue était entièrement perdue.

là. On n'observe point de dépression noirâtre au centre des follicules ; nous ne pouvons rencontrer une seule ulcération. La muqueuse digestive ne présente ni injection ni ramollissement, etc., en un mot, aucune autre altération morbide ; on ne rencontre pas non plus au-dessous d'elle cette matière cassante, jaune, qui s'observe dans la dothinentérie.

Le foie est un peu rouge ; cependant des gouttelettes de sang ne ruissellent pas au moment de sa section.

La rate, qui contient beaucoup de sang, se trouve sensiblement ramollie.

Les reins et la vessie ne nous offrent rien qui mérite d'être noté.

Thorax. On remarque une belle arborisation sous-pleurale, qui donne à la plèvre une teinte rouge prononcée. Les poumons, rouges et crépitans, présentent quelques légères adhérences vers le sommet et la scissure interlobaire ; vis-à-vis de ces pseudo-membranes on observe un petit nombre de tubercules crus. La partie inférieure des poumons contient une assez grande quantité de sang. Les bronches participent à la coloration rouge du tissu pulmonaire, qui disparaît par la macération.

On aperçoit sur les oreillettes et les ventricules du cœur quelques taches blanchâtres, vestiges d'une ancienne péricardite. On trouve, dans le ventricule droit, un caillot de fibrine en partie décolorée et gros comme une noix. Le cœur a un bon volume, et les valvules sont saines.

Crâne. Les méninges offrent une arborisation assez marquée ; les veines de la convexité ont acquis un développement sensible; elles sont d'ailleurs humides. Les sinus contiennent un peu de sang liquide.

Les circonvolutions cérébrales ne nous présentent ni entassement, ni saillie anormale. Les ventricules, qui renferment un peu de sérosité, ne sont point non plus affaissés ; la substance cérébrale, à peine injectée, a une bonne consistance. Toutes les parties de l'encéphale sont examinées avec le plus grand soin, sans qu'on puisse rencontrer la moindre altération organique.

Pour mettre à découvert la moelle épinière, on porte sans précaution de violens coups de marteau sur le rachis, surtout à la partie moyenne. Nous rencontrons sur la dure-mère, un peu de sang coagulé, étendu par plaques d'une manière uniforme. Les autres méninges ont conservé leur texture normale. On remarque un réseau vasculaire assez développé sur les parties antérieure et postérieure de la moelle, qui se trouve ramollie au niveau de la région dorso-lombaire; mais ce ramollissement blanc est situé vis-à-vis des vertèbres qu'on a enfoncées dans ce point du cordon rachidien en voulant ouvrir le canal vertébral.

Le grand sympathique et le pneumo-gastrique n'ont subi aucune altération.

Analyse du sang. M. Chevalier a bien voulu, sur ma demande, faire tous les essais convenables pour découvrir si des particules de plomb étaient associées au sang que j'avais extrait de la veine cave inférieure et du cœur droit d'une part, et de l'autre de la veine porte et du foie.

Voici le résultat de ses expériences : « J'ai examiné » le sang contenu dans deux bocaux, et qui provenait » du nommé Béchet. Une partie du sérum, essayé par » les réactifs qui décèlent le plomb, n'a donné aucun » des caractères qui font reconnaître ce métal, qui alors » aurait été à l'état salin. Une autre portion du sérum » ayant été évaporée, son résidu a été charbonné et incinéré ; l'examen des cendres a démontré qu'elles ne » contenaient pas la moindre trace ni de plomb, ni » d'oxide de ce métal. Le caillot desséché, charbonné et » incinéré, a fourni des cendres qui ne contenaient ni » plomb, ni oxide de ce métal. »

CLINIQUE CHIRURGICALE DE M. SANSON.

HOPITAL DE LA PITIÉ.

Observations de hernies étranglées ; par M. Guéretin, élève de l'Ecole Pratique, membre de la Société anatomique.

Pendant les mois de mai et juin 1836, trois cas de hernies étranglées se sont présentés à clinique chirurgicale de la Pitié. A une époque où les avantages et les inconvéniens du taxis et du débridement sont encore un point en litige, leur histoire, je pense, offrira quelque intérêt. Les trois cas présentent en outre des particularités dont le praticien pourra tirer quelques avantages.

Première observation. — *Entérocèle crurale étranglée depuis six jours.—Opération.— Kyste pris d'abord pour le sac ; paquet graisseux pris d'abord aussi pour l'épiploon.—Commencement de péritonite : vésicatoires très-douloureux avec escarres aux cuisses.—Sortie de la malade, vingt-deux jours après l'opération.*

Une femme de soixante-cinq ans portait, depuis vingt-cinq ans, une hernie crurale droite de la grosseur d'une forte châtaigne.

Le 14 mai 1836, pendant que la malade se promenait dans la rue, la hernie sortit spontanément : son bandage, dit-elle, était bien en place. Rentrée de suite chez elle, elle essaya en vain de la réduire.

Son médecin l'amena à la Pitié le 19 : plusieurs applications de sangsues avaient été faites ; on avait essayé le taxis à plusieurs reprises, mais toujours avec réserve. Il y avait eu des coliques violentes, des vomissemens stercoraux, pas de symptômes inflammatoires à la tumeur.

A la visite du 20 mai, la malade ne vomissait plus depuis vingt-quatre heures ; le ventre est souple, presque sans colique, la face calme ; mais la hernie est dure, et commence à être douloureuse à la pression. Pas de selles depuis six jours. M. Sanson ne se fia pas à ce mieux momentané : la tumeur, qui commence à

être sensible, les efforts antécédens et inutiles de taxis, quelques nouveaux efforts tentés infructueusement par lui-même, le décident à opérer sur-le-champ.

Après la section de la peau et de plusieurs tuniques aponévrotiques, l'opérateur arrive sur une masse lobulée, rouge-foncé, de la grosseur d'une petite pomme, qu'il prit pour le sac herniaire, et qu'il incisa avec précaution. Une cavité un peu anfractueuse, à loger une petite noix, pleine d'une sérosité trouble, acheva momentanément de le tromper. Une seconde tumeur rouge-foncé se présenta alors, entourée sur ses côtés d'une ceinture inégale, lobulée, de trois lignes d'épaisseur environ, d'aspect épiploïque, qui s'enfonce avec le collet de la tumeur qu'elle embrasse. L'enveloppe extérieure du kyste incisé se continue en dehors de cette masse, qu'elle recouvre. M. Sanson crut donc le sac incisé; la deuxième tumeur lui parut être l'anse intestinale étranglée entourée d'une portion d'épiploon qu'elle avait perforée. Circonscrivant alors doucement avec le doigt la tumeur profonde, et l'isolant bien de la masse prétendue épiploïque, avec laquelle elle n'a que de très-légères adhérences, il reconnut bientôt qu'il avait affaire au sac herniaire; il fut incisé avec des ciseaux. L'anse intestinale mise à nu était d'un noir foncé, sa texture ne parut pas altérée. Une couche plastique extrêmement mince l'accolait au sac. Les deux tiers seulement du calibre intestinal parurent pincés. Pendant que des aides attiraient au-dehors avec des pinces les parois du sac, une contraction intestinale fit presque immédiatement rentrer l'intestin, sans qu'il fût besoin de le débrider.

Les jours suivans, M. Sanson se tint constamment en garde contre une péritonite qui menaçait.

(Lavemens émolliens, sulfate de soude, une demi-once; frictions mercurielles sur le ventre.)

Le 25, les signes de péritonite semblaient déclarés : Face pâle, ventre météorisé, très-douloureux à la pression, nausées, coliques. Depuis l'opération, pas de selles sans lavemens. Une rétention d'urine a aussi persisté depuis le 20 au soir : il faut sonder la malade deux fois par jour. Respiration incomplète, presque toute costale, avec douleur au ventre; pouls serré, vif, à quatre-vingt-seize pulsations; peau sèche, soif vive.

(Frictions avec un gros d'onguent mercuriel; deux vésicatoires aux cuisses avec la pommade de Gondret.)

26. — Douleurs vives aux cuisses; vésicatoires couverts d'une escarre blanchâtre. Mêmes symptômes abdominaux. La malade ne se plaint que de ses cuisses.

(Douze sangsues au ventre.)

27. — Insomnie par les douleurs des cuisses.

28. — Même état des vésicatoires; pouls souple, développé, à quatre-vingts pulsations; pas de coliques; selles spontanées; ventre souple, à peine douloureux; la langue se nettoie, appétit. La malade mange le demi-quart.

Les jours suivans, les escarres se détachent; convalescence; sortie le 11 juin.

Remarquons dans cette observation :

1° L'amélioration sensible des symptômes au moment de l'opération. M. Sanson a fréquemment remarqué de l'intermittence dans les symptômes d'étranglement chez les personnes âgées. On conçoit en effet que, dans les cas d'engorgement, les symptômes puissent parfois presque entièrement cesser, soit qu'il se fasse des désobstructions momentanées, soit que les intestins, fatigués, pour ainsi dire, cessent momentanément leurs contractions anormales, cause de presque tous les symptômes. Mais, dans ces cas, M. Sanson, ne se fie point à l'amélioration apparente, comme nous l'avons vu dans le cas précédent; car, dit-il, tout le cortége est bientôt revenu, et souvent même plus alarmant.

2° La marche lente des symptômes : expliquée bien suffisamment par l'absence de l'inflammation, par le pincement d'une portion seulement du calibre intestinal, par la constriction modérée de l'anneau, etc.

3° Les dispositions singulières du sac, qui trompèrent momentanément l'opérateur, et sur lesquelles, en effet, il était bien difficile de ne pas se méprendre. J'ai rapporté l'observation surtout à cause de ces particularités.

Le kyste avait-il été produit par les efforts de taxis faits avant l'opération? cause que M. A. Bérard assigne à ces poches, dans une observation rapportée par M. Godin (*Journal des Connaissances médico-chirurgicales*, 3ᵉ vol., page 441.) Le paquet graisseux, pris d'abord pour une portion d'épiploon, avait probablement été amené anciennement du tissu cellulaire sous-péritonéal par le sac. Les frottemens, les pressions qu'il avait dû subir depuis longues années expliquent bien son augmentation de consistance, son aspect épiploïque.

4° Les douleurs aiguës des vésicatoires des cuisses, qui ont paru opérer une révulsion salutaire des symptômes abdominaux.

DEUXIÈME OBSERVATION. — *Etranglement spontané d'une entérocèle inguinale. — Pas d'indication pressante de l'opération pendant trente-neuf heures. — Symptômes cholériformes subits; mort au bout de cinq heures. — Obscurité du diagnostic.*

Un employé d'octroi, âgé de soixante-et-onze ans, portait un bubonocèle droit de la grosseur d'un œuf de poule depuis cinq ans.

Le 14 juin 1836, à dix heures du soir, il fut pris spontanément de coliques en faisant sa ronde de nuit. Il n'avait fait aucun efforts; son bandage était bien en place. Il essaya en vain de faire rentrer la hernie qui venait de sortir.

Le 15, à quatre heures du matin, nouveaux efforts de taxis par un médecin appelé. Dans la nuit, deux vomissemens bilieux, crampes aux membres inférieurs.

On l'apporte à la Pitié. Neuf heures. Coliques, gargouillemens, trois vomissemens bilieux, ventre normal; une crampe violente dans la cuisse droite en voulant se remuer. La tumeur inguinale est indolente, de la grosseur d'une petite pomme, molle, mobile, mate; le doigt s'engage facilement dans l'anneau inguinal externe, en arrière de la tumeur, qui est placée au-devant du cor-



don. Mais le canal inguinal est rempli par une tumeur cylindrique, allongée, dure, douloureuse, fixe, qu'on perd à l'anneau supérieur, et qui semble se plonger dans l'abdomen.

Diagnostic. — Étranglement par l'anneau supérieur ou par le collet du sac. M. Sanson se demande si la tumeur extérieure, vu sa mollesse, son indolence, sa matité, n'est point formée par une portion d'épiploon ou par le sac seul.

(Lavement purgatif; quinze sangsues sur la tumeur; bain de trois heures.)

Onze heures. Les sangsues sont en place. Tumeur extérieure plus fixe, un peu plus dure et un peu plus douloureuse. Sorti du bain au bout d'une demi-heure pour syncope. Il a très-peu uriné et une seule fois depuis hier. Deux crampes légères depuis ce matin.

Soir. Un lavement purgatif a fait sortir un peu de matières fécales moulées du rectum. Trois vomissemens bilieux dans la journée. Pas de vents par l'anus. Apyrexie. Ventre à peine sensible, de volume normal. Même état de la tumeur inguinale. Pas d'urines. Soif vive.

(Bain.)

16 au matin. Cette nuit, trois vomissemens bilieux de très-mauvais goût. Rien de nouveau du côté du ventre; quelques crampes légères, soif vive, pouls apyrétique, à soixante-dix pulsations, développé; un peu de prostration; pas de froid, pas de selles, des vents par l'anus. Il a uriné très-peu.

La tumeur extérieure est plus grosse, sensiblement fluctuante, presque indolente. Celle du canal n'a pas changé. M. Sanson essaie un taxis modéré : il fait rentrer facilement la moitié environ de la tumeur extérieure sans que celle du canal augmente de volume, sans que la première reprenne de suite son volume lorsqu'on l'abandonne. Il peut bien trouver l'anneau inguinal externe et y enfoncer son doigt.

Diagnostic. — Avec l'étranglement au haut du canal, M. Sanson ne se rend pas compte de la réductibilité à moitié de la tumeur extérieure, sans augmentation du volume de celle du canal. En outre, d'où vient le liquide du sac? Est-il venu de l'abdomen, ou a-t-il été exhalé par le sac? Puis les accidens de l'étranglement ne se prononcent pas. Doutes.

(Lavement purgatif; quinze sangsues sur la tumeur; bain de deux heures.)

Même état jusqu'à trois heures de l'après-midi. Le malade est pris alors *subitement* de symptômes cholériformes très-prononcés : voix soufflée, facies cadavéreux, prostration; vomissemens plus fréquens, plus liquides, nullement stercoraux, un peu grisâtres. Cyanose des mains, des avant-bras et des pieds; crampes fréquentes, peu intenses, aux membres inférieurs. Pouls insensible, peau flasque, ventre affaissé, indolent, etc. Mort à huit heures du soir. On trouve dans son lit un peu de matières stercorales liquides, jaunâtres, rendues depuis ces nouveaux symptômes.

Avant l'autopsie, M. Sanson se fit les questions suivantes : A quelle affection avons-nous eu affaire?

1° A une hernie étranglée?

Mais la tumeur inguinale a paru sans efforts, pendant que le bandage était bien appliqué. Comment concilier avec un étranglement à l'anneau supérieur, l'augmentation de la tumeur et la présence du liquide constatée le 16? la réductibilité de la tumeur sans augmentation du volume de celle du canal? La mobilité, la mollesse, l'indolence de la tumeur extérieure observées le premier jour, pouvaient faire penser aussi qu'elle ne contenait pas de viscère étranglé. La terminaison par la mort au bout de quarante-six heures, chez un vieillard, sans symptômes inflammatoires, et surtout l'aspect cholériforme si tranché des symptômes, sont-ils les effets des étranglemens herniaires? Enfin n'aurait-on pas pu aussi, pour s'expliquer la tumeur intra-inguinale, penser à un engorgement aigu du cordon spermatique? etc.

2° A une péritonite?

Mais il n'y a pas eu de fièvre; pouls toujours développé, ventre souple, presque insensible à la pression, etc.

3° A une perforation interne?

Mais dans ces cas, il y a des signes antérieurs d'étranglement presque toujours manifestes, il y a des symptômes toujours manifestes, il y a des symptômes inflammatoires vers la tumeur, des signes de suffusion et de phlogose péritonéales; la mort est ordinairement moins rapide, etc.

4° A une attaque du choléra?

Remarquons en effet les crampes et la suppression presque complète d'urine, dès le début des symptômes, l'apyrexie constante, surtout l'aspect cholériforme si marqué de l'affection, pendant ses cinq dernières heures, etc. Mais il resterait alors à s'expliquer : la tumeur de l'aîne, l'absence des selles, l'absence d'aspect cholériforme, excepté dans les dernières heures, etc.

Autopsie, trente-sept heures après la mort.

Rigidité cadavérique très-marquée, mains et pieds bleuâtres, ongles bleuâtre-foncé, poignets rétractés, froid cadavérique prononcé, ventre ni affaissé, ni ballonné.

Incisée avec précaution, la tumeur inguinale est constituée par un sac herniaire adhérent d'ancienne date; en l'incisant, il en sort une once environ d'un liquide noirâtre à odeur un peu forte, mais non gangréneuse. Il renferme une anse de l'iléon de deux pouces de longueur, qui remplit la tumeur extérieure; anse rouge très-foncée, non gangrénée, avec phlogose manifeste du sac (adhérences récentes, etc.). L'anse est fortement étranglée à l'anneau supérieur par le collet du sac, invaginé sur lui-même de près de deux lignes.

Deux onces environ de sérosité trouble dans le péritoine; anses intestinales resserrées, de la grosseur du doigt, dans deux pieds d'étendue, près de l'étranglement; surface des anses rosée, injectée, avec légères rugosités; liquide grisâtre, ressemblant à de l'eau battue avec une forte proportion de poussière, inodore, dans tout l'intestin grêle : muqueuse des deux tiers inférieurs de l'intestin grêle rosée, sans ramollissement;



les glandules de Brunner, blanchâtres, de la grosseur de têtes d'épingle, donnent un aspect rugueux à cette étendue. (Rapprochons ces dernières lésions de celles à peu près semblables trouvées dans les intestins des cholériques). Plaques de Peyer visibles, mais non saillantes; gros intestin contenant des matières fécales par boulettes, mouillées par le liquide grisâtre de l'intestin grêle.

Estomac sain, contenant deux onces environ du liquide de l'intestin grêle; vessie de la grosseur du poing, contenant quatre onces d'urine à peu près ; foie sain ; poumons noirâtres, fortement *imprégnés* d'un sang noirâtre dans toute leur étendue ; le sang n'est ni épaissi ni poisseux.

Terminons par de très-courtes réflexions.

Le liquide trouvé dans l'intestin, le gonflement des glandes de Brunner, la congestion excessive et noire des poumons, etc., ne pourraient-elles pas faire penser à une affection cholérique entée sur l'étranglement?

Où allait le liquide que M. Sanson refoulait par le taxis, sans augmenter la tumeur intra-inguinale?

Pour réussir, l'opération eût dû être faite le premier jour, car les traces locales de phlogose semblaient dater de dix ou quinze heures au moins.

Troisième observation. — *Entérocèle crurale droite chez un homme de cinquante-six ans. — Etranglement à la suite de maniement de la hernie. — Débridement multiple au bout de vingt-quatre heures ; péritonite ; mort.*

Un papetier de cinquante-six ans entra à la Pitié le 23 juin 1836, pour une orchite aiguë. Depuis trois ans, il porte une hernie crurale droite, de la grosseur d'une pomme moyenne ; à son arrivée, la hernie était parfaitement réductible.

Le 24, *une demi-heure* avant la visite, la hernie était encore dans son état normal ; il attendait M. Sanson pour lui parler seulement de son testicule. Quelques élèves vinrent alors à son lit, *manièrent* la hernie pendant un quart-d'heure environ. A peine un quart-d'heure après, M. Sanson arrive à lui : le malade parle d'abord de son testicule, puis se plaint de légères coliques depuis dix minutes ; la hernie est *un peu sensible* à la pression, sonore, élastique. M. Sanson dit au malade de la réduire ; il essaie aussi lui inutilement. En quatre à cinq minutes, les gaz étaient rentrés, la tumeur diminuée de moitié, il place alors la main d'un interne, qui *continue* pendant vingt minutes une pression douce et égale, sans réussir.

Deux heures plus tard, nouvelles tentatives ménagées et inutiles (glace sur la tumeur); coliques, gargouillemens, nausées.

Le soir, les signes d'étranglement étaient manifestes ; ventre sensible, un peu tendu ; tumeur douloureuse (glace sur la tumeur, bain, lavement de tabac).

25, *matin*. — Facies anxieux, soif vive, ventre douloureux : au-dessus de l'anneau, tumeur abdominale très-douloureuse, mate, semblant formée par des anses intestinales engouées ; tumeur crurale, douloureuse, un peu fluctuante.

Opération : incision oblique de trois pouces, en pinçant la peau ; M. Sanson coupe en dédolant trois à quatre lames aponévrotiques ; sac mis facilement à nu et incisé dans l'étendue de deux pouces et demi ; sortie de deux onces environ de sérosité roussâtre ; anse intestinale de la grosseur d'une petite pomme, rouge-foncée, adhérente au sac par des concrétions albumineuses récentes. L'anse étranglée offre une adhérence ancienne entre ses deux portions, de façon à former un infundibulum où le doigt entre facilement. M. Sanson incise alors par en haut, avec les ciseaux, le sac le plus profondément possible vers le collet, tandis que deux aides tirent les côtés du sac au-dehors avec des pinces.

A l'aide d'un bistouri boutonné, protégé par l'indicateur gauche, M. Sanson débride d'abord en haut et un peu en dehors, de devant en arrière, dans l'étendue d'une ligne et demie, puis sur le ligament de Gimbernat, dans l'étendue de trois lignes, et essaie la réduction. Il craint que la tumeur abdominale au-dessus de l'anneau n'indique une deuxième poche avec étranglement glus haut. L'index droit, porté alors à deux pouces de profondeur entre l'anse et le ligament de Gimbernat, sent distinctement une bride résistante qu'il croit formée par le ligament de l'ombilic, saillant en dehors et en arrière. Pendant qu'il la déprime avec l'index du côté du pubis, l'anse extérieure et la tumeur abdominale rentrent en masse immédiatement. Ecoulement de deux onces environ de sérosité trouble.

Malgré une saignée et un écoulement sanguin qu'on eut bien soin de rendre *continu* pendant quatre jours, au moyen de sangsues successivement appliquées, la péritonite se prononça. Un vésicatoire sur toute la surface abdominale (le 29) dissipa momentanément la douleur. Un gonflement des tissus divisés à l'aîne fit croire à beaucoup d'élèves que la hernie s'était reproduite ; M. Sanson l'attribua aux couches nombreuses qu'il avait fallu diviser. Un ictère parut le 1er juillet, un érysipèle vint compliquer la plaie de l'aine : le malade mourut le 3 juillet.

Autopsie, quarante-quatre heures après la mort.

Péritonite générale avec adhérences ; deux brides anciennes, allant, l'externe de la fosse iliaque sur des anses de l'intestin grêle, l'interne formée par des adhérences intestinales au ligament que remplace l'artère ombilicale devenu plus saillant, circonscrivaient une ouverture de deux pouces et demi de diamètre environ, par laquelle pouvait s'engager un paquet de l'intestin grêle à circonvolutions serrées et unies par d'anciennes adhérences. Ce paquet se trouvait alors placé entre les brides en arrière et la paroi abdominale en avant. C'est la bride interne que M. Sanson avait diagnostiquée et abaissée lors de la réduction. L'anse, qui était étranglée, se trouve dans le paquet à circonvolutions serrées et adhérentes, ce qui explique la rentrée en masse qui eut lieu.

On reconnait difficilement la disposition du canal crural à cause de la putréfaction ; l'orifice interne offre

les débridemens non cicatrisés ; l'externe touchait presque les artères épigastrique et spermatique qui circonscrivaient exactement, et sur le rebord même, la moitié externe de l'anneau.

Nota. Comme il est assez rare d'avoir à débrider et à disséquer des hernies crurales chez l'homme, j'ai cru devoir insister sur l'opération et un peu sur l'anatomie de la hernie.

Cette observation offre un exemple frappant de la facilité avec laquelle les hernies, et surtout les hernies crurales chez l'homme, s'étranglent, et des causes légères qui y donnent lieu quelquefois. Je ne fais pas de doute que l'étranglement doive être attribué ici aux *maniemens* opérés par les élèves avant la visite. N'est-on pas frappé aussi de la rapidité avec laquelle la réduction devint impossible? J'ai à ce propos donné des détails étendus dans l'observation. Notons aussi l'inflammation apparente dans le sac avant vingt-quatre heures d'étranglement, chez un sujet faible, de cinquante-six ans. Ce cas me semble un argument bien fort contre ceux qui soutiennent aujourd'hui la possibilité de la réduction après un temps long et dans presque tous les cas, et qui se plaignent qu'on en vienne trop vite à l'opération.

Disons aussi qu'ici les adhérences anciennes de l'anse étranglée, qui ne lui permettaient de se réduire qu'en masse, a beaucoup aidé à l'étranglement.

Enfin ne terminons point sans faire remarquer :

1° L'arrière-cavité formée par les brides abdominales (disposition qui a aussi aidé l'étranglement), et le moyen employé par M. Sanson pour réduire l'intestin après le débridement.

2° Le débridement multiple, proposé par M. Vidal (de Cassis), que M. Sanson préfère dans ces hernies.

3° La proximité des artères épigastrique et spermatique de l'anneau crural interne, dans la hernie crurale chez l'homme.

4° Le gonflement des tissus incisés, qui pouvait faire croire à une réapparition de la hernie.

5° L'effet momentanément salutaire du vaste vésicatoire abdominal.

---

44. — 29 OCT.

Observation d'acéphalocystes développées dans la gencive; par M. Lefoulon, chirurgien-dentiste, à Paris.

Le 15 juillet dernier, se présenta à ma consultation M. de C., ancien colonel, âgé de cinquante-six ans, ayant toujours joui d'une bonne santé, à l'exception de l'indisposition qui le conduisit chez moi. Voici ce qu'il me raconta. Il y a deux ans environ que la troisième dent molaire du côté droit de la mâchoire inférieure fut extraite par un dentiste de Paris, pour cause de carie ancienne et profonde, qui déterminait de très-vives douleurs. Cette opération ne présenta rien d'insolite, et nul accident ne la suivit pendant trois mois. A cette époque, le malade sentit, à la place, même d'où avait été extraite la dent, et sur la gencive, une petite tumeur qui occasionnait des douleurs assez vives toutes les fois que, par l'acte de la mastication, quelques portions d'aliment venaient à être portées et pressées sur elle. Cette tumeur prit lentement et peu à peu de l'accroissement, au point de gêner la mastication, de forcer le malade à avoir la bouche constamment ouverte, et de faire saillie dans la cavité buccale. C'est alors que M. de C. se décida à reclamer les secours de l'art. Voici ce que j'observai en examinant les choses.

Entre la deuxième et la quatrième molaire du côté droit de la mâchoire inférieure, je trouve une tumeur oblongue dans le sens de la mâchoire, ayant à peu près sept à huit lignes d'étendue et un volume égal à celui d'un œuf de perdrix. Cette tumeur est dure, si ce n'est au milieu, où l'on sent un peu de fluctuation. Il faut une pression assez forte pour déterminer de la douleur. La membrane muqueuse gengivale qui la recouvre n'a subi aucune altération ni dans sa couleur, ni dans sa consistance. Par suite du développement de cette tumeur, la quatième dent molaire est déjetée en arrière et en dehors, la deuxième en avant et en dedans; celle-ci est en outre profondément cariée, et un stylet introduit dans la cavité de la carie détermine une vive douleur.

Je propose au malade l'extraction immédiate de cette dent cariée, sauf à voir après ce que je pourrais faire pour cette tumeur, dont la nature me paraissait fort difficile à déterminer.

Le malade consent à l'extraction, et je la pratique sur-le-champ.

Mon étonnement fut grand, après l'extraction de la dent, de ne plus voir la tumeur, et d'apercevoir à sa place une solution de continuité de cinq à six lignes d'étendue, opérée sant doute par l'avulsion de la racine de la dent. Ma surprise redoubla en voyant dans le bassin que j'avais donné au malade pour se rincer la bouche, trois petits corps arrondis, parfaitement transparens, et nageant dans le sang et le liquide que le malade avait rendus. Ces petits corps avaient le volume d'un gros pois, leur consistance était comme gélatineuse, et ils contenaient dans leur intérieur un liquide parfaitement incolore et transparent comme l'eau la plus limpide. A ces caractères je ne pouvais méconnaître des acéphalocystes, et telle a été l'opinion de plusieurs médecins à qui je les ai montrées.

En examinant la plaie qui résultait de l'ouverture de cette tumeur, je reconnus qu'elle était évidemment formée par le tissu gengival hypertrophié ; que les parois internes de cette tumeur étaient tapissées par une membrane blanchâtre et résistante, ayant, en un mot, toutes les apparences d'un kyste.

Nul accident n'est du reste survenu; la petite plaie s'est parfaitement cicatrisée, et nulle douleur n'est ressentie par M. de C.

Ce fait est assurément fort curieux; je n'en ai trouvé aucun qui présente de l'analogie, et vraisemblablement qu'il eût été fort difficile pour tout le monde de diagnostiquer la présence d'un kyste hydatide dans le tissu de la gencive.

Je ne connais même, en fait d'acéphalocystes développées dans la cavité buccale, que des cas relatifs aux amygdales, et entre autres l'observation célèbre de Dupuytren. Mais, dans ce dernier cas, il me semble que les historiens de l'illustre chirurgien lui ont fait honneur d'un génie divinatoire qui tient plus de la poésie que de la vérité. Cette observation insérée tout au long dans les Bulletins de la Société anatomique et dans la thèse de M. Clérambault (Paris, 1829), ne dit pas que Dupuytren, à la simple vue de la tumeur, eût diagnostiqué un kyste hydatique. Il pratiqua au contraire une ponction exploratrice pour connaître la nature de la tumeur, et ce ne fut qu'à l'excision que cette nature fut bien connue.

Dans le cas que j'ai eu l'occasion d'observer, la santé du malade n'a souffert aucune altération après l'ouverture de la tumeur. On sait que, dans l'observation de Dupuytren, la malade succomba quelques jours après l'excision de l'amygdale, à la suite d'un travail inflammatoire survenu dans un kyste hydatique développé dans le rein droit.

ESQUISSES BIOGRAPHIQUES ET LITTÉRAIRES.

Médecins et chirurgiens anciens et contemporains.

INTRODUCTION.

La biographie est dans nos mœurs ; on ne se contente pas de publier la vie des morts célèbres, on met aussi au jour celle des vivans. L'esprit de parti, la triste passion du dénigrement, l'usage absurde de louer tout ce qui est académicien, ont donné mille formes à la biographie. On a écrit des *Vies*, des *Notices*, des *Eloges*, etc. ; il faut voir, depuis Tacite jusqu'à M. Pariset quelle dépense d'esprit a été faite pour mentir agréablement ou académiquement. Morts ou vivans, on doit se résigner et subir les calomniateurs comme les panégyristes.

Mais parce qu'il existe des écrivains qui vous noircissent et d'autres qui ne savent pas louer, n'allez pas nier l'utilité d'une biographie juste, de celle qui loue ou blâme par les faits.

Il est utile et quelquefois indispensable de connaître le caractère de celui qui fournit une observation avant de lui donner entrée dans la science. La pureté des sources est une des conditions vitales du progrès. Je sais qu'il est souvent possible de reconnaître, par une analyse bien faite d'une observation, si réellement il y a altération ou non du fait ; mais ce travail est difficile et pénible, il nécessite aussi beaucoup de temps. D'ailleurs, peut-on faire un pas, même dans les sciences les plus exactes, sans la foi ? Le livre de J.-L. Petit serait d'une bien moindre utilité si le caractère et la probité scientifique de ce chirurgien étaient moins connus. Ses observations, toutes incomplètes, équivalent à des assertions qui, présentées par un homme *en qui on a foi*, constituent des valeurs scientifiques ; tandis que des observations beaucoup plus complètes de Garengeot, par exemple, n'échapperaient pas à certains soupçons, surtout depuis son histoire de ce nez mordu, foulé aux pieds, jeté chez un barbier et greffé ensuite, avec succès, sur le même visage auquel il avait été arraché !

Si la chirurgie s'honore de compter quelques imitateurs de Petit, elle est forcée d'avouer que les descendans de Garengeot sont beaucoup plus nombreux. Leur nombre et leur habileté vont tous les jours en augmentant. On ne se permet plus des mystifications aussi grossières que celle du nez, on connaît mieux les faussetés qui ressemblent à la vérité, et on les dit absolument avec l'accent de ce qui est vrai. Les facultés de Montpellier et de Paris ont pleuré deux hommes qui excellaient dans cet art ; c'étaient des maîtres dans toute la force du terme. En mourant, ils n'ont légué à personne leur talent chirurgical, mais à l'ouverture de la succession qu'ils tenaient de Garengeot, beaucoup ont accouru, les cohéritiers ont été nombreux.

Ce sont donc surtout les chirurgiens qu'il faudrait faire poser. Une galerie de portraits contemporains et anciens entre dans le plan de ce journal, mais les pinceaux exercés sont rares, cependant il en est sur lesquels nous pouvons compter dans l'occasion. Parmi ces pinceaux exercés, nous pouvons à juste titre compter sur celui que manie si habilement M. Vidal (de Cassis), et nos lecteurs n'apprendront pas sans intérêt que notre collaborateur s'est chargé de nous donner le portraits de Franco, d'Ambroise Paré, de J.-L. Petit et ceux de quelques chirurgiens contemporains. Cette série commence par Velpeau, parce que M. Vidal a voulu répondre lui-même à l'invitation que nous avions présentée dans notre dernier numéro. Nos prochaines livraisons contiendront nos esquisses sur Vésale, Fernel, Guy-Patin, parmi les médecins anciens ; et, parmi les modernes, celles d'Andral, de Louis, de Chomel, de Bouillaud, de Rostan, etc.

I. VELPEAU.

La biographie contemporaine a un avantage que les intéressés n'apprécient pas suffisamment. Dans les momens de passion et d'erreur où votre caractère et votre esprit méconnus vous laissent accuser à tort de quelque faute grave, si vous avez fourni une belle carrière, vous avez la faculté de renvoyer les accusateurs à la galerie, en rendant le public juge de la portée de l'accusation. Vous insinuez que je suis coupable d'une dénonciation, voyez qui je suis, ma vie seule établit la fausseté de votre imputation. Ce système de défense, qui n'est pas nouveau, est le plus moral et le seul qui doive être adopté par l'honnête homme injustement accusé. S'il est vrai que M. Velpeau est dans une pareille circonstance, sa position est magnifique : c'est l'homme qui semble être né pour fournir la preuve de tout ce qu'on peut avec une ame fortement trempée ; c'est un des chirurgiens qui s'est élevé le plus haut sans

nuire à ses confrères et sans rien demander au pouvoir.

Jeté par je ne sais quel destin dans ce gouffre qu'on appelle la capitale, Velpeau compte par centimes ce que peut coûter son existence d'un jour. La pauvreté de Dupuytren dans ses débuts à Paris eût été de l'aisance pour Velpeau. Dupuytren eut des protecteurs, d'autres disent aussi des protectrices; Velpeau n'eut que la providence, un esprit très-peu cultivé, et un physique qui rendait peu probables certaines aventures qui auraient signalé plusieurs périodes de la vie du chirurgien de l'Hôtel-Dieu, et qui, dit-on, n'ont pas peu contribué à son avancement. L'enlèvement de Dupuytren encore enfant par une riche voyageuse était une espèce de succès qui en présageait d'autres, qui auraient été obtenus plus tard auprès d'une puissante dame de l'empire. Personne n'a été tenté, je crois, d'enlever Velpeau, et s'il est parvenu, ce n'est certes pas par sa blonde chevelure, comme le dirait le gracieux et spirituel panégyriste des académiciens.

Velpeau avait le ressort du travail monté à un degré extraordinaire. Il entre en 1820 à l'hôpital Saint-Louis, après quatre années d'études à l'hôpital de Tours. Il concourt tout de suite pour l'École Pratique, il est reçu; on l'a à peine connu comme élève que le voilà déjà professeur. En effet, l'hiver suivant, il donne des leçons d'anatomie. Ce n'est pas la vanité qui l'improvise professeur, mais deux besoins, celui d'exister et celui d'apprendre qui était pour lui aussi impérieux que le premier. Tous les deux d'ailleurs ont toujours été confondus par Velpeau, exister et apprendre sont pour lui synonymes, il ne connaît qu'une loi, celle du travail. Aussi en 1821 obtint-il le prix d'anatomie et de physiologie; il remporta aussi au concours la place d'aide d'anatomie. Le voilà affichant un cours régulier d'anatomie descriptive et chirurgicale. Velpeau était loin de posséder alors la facilité d'élocution qu'on lui connaît aujourd'hui, sa diction était, au contraire, pénible et incorrecte. Comme il lui fallait tout acquérir, il demanda encore au travail les qualités du professeur; ceux qui ont assisté à ces derniers concours où il a brillé, savent s'il les possède. Avec les habitudes de sobriété que Velpeau s'était créées, il devait déjà se trouver à son aise; aussi la place d'aide d'anatomie et ses cours le placèrent-ils au-dessus du nécessaire. C'est en 1822 que, mettant à profit les données fournies par l'anatomie, il étendit son enseignement à la médecine opératoire. Il apprit encore en l'enseignant un art qu'il devait un jour agrandir. C'est de cette année que datent aussi ses premières recherches sur l'embryologie; elles eurent pour point de départ des préparations que la Faculté avait ordonnées. Velpeau vit facilement que l'homme n'avait pas été suffisamment étudié dans sa vie intra-utérine; il aperçut un champ à cultliver, sans en mesurer le labeur (ce n'était jamais cette considération qui l'arrêtait) il conçut l'idée de ces travaux remarquables qui lui ont valu la plus riche collection d'embryons, et ont donné aux anatomistes une science dont les élémens trouvés étaient épars, et dont ceux à trouver étaient encore très-nombreux. M. Velpeau sait mieux que personne que l'embryologie n'est pas parvenue à son apogée; mais quelle est la science qu'on peut dire achevée? et d'ailleurs quelle est celle qui peut l'être?

L'ambition et les espérances de Velpeau se retrempèrent dans ses succès de 1823. Il fut alors nommé agrégé à la Faculté et chef de clinique chirurgicale à l'hôpital Saint-Côme, aujourd'hui appelé clinique de de la Faculté, autrefois, par ironie je pense, Hospice de Perfectionnement. Velpeau fit le service pendant quatre ans dans cet établissement, et là il put observer et opérer sous plusieurs chirurgiens.

C'est en 1825 que Velpeau commença la publication de son anatomie des régions, ouvrage remarquable par l'abondance et l'exactitude des détails, et reprochable peut-être sous le rapport de la méthode. Si ce livre décelait l'inexpérience de l'écrivain, il révélait aussi un esprit d'investigation et d'application assez rare dans les ouvrages des anatomistes qui considèrent trop souvent les organes d'une manière abstraite. Velpeau voulut faire une anatomie pratique, c'est cette intention qui domine tout son ouvrage. La tendance très-louable de rapprocher le plus possible l'anatomie de la chirurgie, l'a exposé à les confondre quelquefois. Cependant une lecture attentive de cet ouvrage finit toujours par apporter des fruits qu'on demanderait vainement à des publications faites dans le même sens, mais avec plus d'art dans l'exposition des matières. Cet ouvrage a été terminé en 1826.

L'époque de sa réception aux hôpitaux, comme chirurgien du bureau central, est celle où commença à se dessiner d'une manière plus nette la vocation chirurgicale de Velpeau; ce fut en 1828. Il abandonna alors son cours d'anatomie descriptive, et en ouvrit immédiatement deux autres, un d'anatomie chirurgicale, le second de pathologie externe. C'est dans celui-ci qu'il exposa ses vues sur la pathologie. En chirurgie, comme on le sait, il est des points qui touchent aux plus hautes questions de doctrine; Velpeau avait déjà entrepris des travaux pour réhabiliter l'humorisme, il s'en servit pour compléter les généralités de la chirurgie entachées d'un solidisme trop exclusif, depuis que l'humorisme ancien s'était déconsidéré par des exagérations et par un langage trop peu en rapport avec celui que les progrès de la physiologie et des sciences physiques devaient formuler.

Son livre d'accouchement parut l'année suivante: c'est l'ouvrage que Velpeau a le mieux écrit; à part quelques pages où la prétention à l'effet et un léger penchant pour le néologisme percent un peu trop, on trouve dans cette production les qualités qui font lire et estimer un auteur. Ce livre que Velpeau s'obstine, je ne sais pourquoi, à intituler *Tocologie*, est devenu tout à fait classique, sa vogue se soutient, puisqu'il arrivera bientôt à la troisième édition.

Ce n'est pas seulement dans des cadres lourds et graves que Velpeau jetait ses opinions; il se fit ouvrir aussi les colonnes de tous les journaux de médecine; il y mit

de la science, quelquefois du style et peut-être du pamphlet mais seulement quand il eut besoin de se défendre; il n'a jamais pris l'offensive (1). Les esprits sages et timides eussent désiré qu'il s'en tînt à l'exposition simple de la science qu'il connaissait parfaitement. Mais c'est là bien peu connaître les hommes et les positions. Nous avons tous des travers, le plus général est certainement celui qui nous porte souvent à entreprendre précisément les choses dans lesquelles il nous est impossible d'exceller. Le plus grand peintre de notre époque veut être un violoniste, il se fâcherait tout rouge si vous le détrompiez.

Velpeau, se mêlant au journalisme par goût, par nécessité ou par erreur, devint bientôt son enfant gâté. Cette jeune presse médicale si ardente, si généreuse, qui l'avait deviné, l'adopta; il lui fut facile d'entrevoir tout l'avenir d'un pareil homme; elle prôna ses ouvrages, fit retentir ses leçons; elle se plut enfin à grandir Velpeau afin de pouvoir le faire entrer dans ses projets de réforme. La restauration avait affaibli la Faculté de médecine, elle n'était plus soutenue que par quelques professeurs de mérite. Autour d'elle s'élevaient des hommes jeunes, pleins d'ardeur et de savoir. Il était facile de prévoir et d'opérer un changement qui devait rendre l'enseignement beaucoup plus complet. Vint juillet........ Ici je m'arrête, car je ne suis le moins du monde dans l'intention ni dans la position de dire toute ma façon de penser sur le Faculté.

Je reprends Velpeau, je le vois ne demandant que luttes, que concours. Dans son ardeur pour le combat, il s'oublie jusqu'à se présenter pour une chaire de physiologie; puis il dispute avec plus de raison, plus de droits et plus d'avantages celles qui sont obtenues successivement par J. Cloquet, Gerdy et P. Dubois. Dans toutes ces rencontres, il est toujours généreux, parce qu'il est fort, fort de son talent, fort de l'appui du public et de la presse qui le demandaient à grands cris. Enfin les portes de la Faculté s'ouvrirent, ou, pour mieux dire, s'abattirent devant lui. On vit, ce jour, deux popularités face à face, et comme celle de Velpeau avait ses élémens dans la partie vraiment éclairée de la jeunesse, elle triompha. Il n'y eut pas même un signe d'improbation, il y eut ovation pour les juges et pour Velpeau. Le triomphe de Gerdy seul peut être comparé à celui de Velpeau. Pourquoi faut-il que les idoles qu'on élève avec tant de fracas soient précisément celles qu'on se plaît le plus à insulter? Velpeau a-t-il cessé d'être un des professeurs les plus suivis? Non, l'affluence des élèves à la Charité prouve le contraire. Ils ne s'y portent pas aveuglément, ils savent qu'il est temps de joindre les connaissances historiques aux connaissances pratiques, qu'il faut lier enfin les faits passés aux faits présents, et que cette tendance est celle qui fait de M. Velpeau un professeur de clinique complet.

D'où vient alors cette vive opposition qui, de temps en temps, se produit contre Velpeau? Est-ce qu'il serait devenu l'ennemi caché ou déclaré du concours? Est-ce qu'il voudrait fermer la voie par laquelle il est parvenu et que le mérite seul recherche? Ce serait supposer à ce professeur un manque d'habileté et de reconnaissance dont il est également incapable. Velpeau sait mieux que personne que *renier son origine c'est se perdre*. Il a trop bonne mémoire pour oublier cette vérité que Dupuytren répétait souvent. Velpeau aurait-il été injuste envers ses confrères? Mais tous ses ouvrages témoignent du contraire; ils ont le défaut peut-être de contenir trop de noms, trop de citations; c'est, d'une part, la justice puis la bienveillance qui les ont ainsi multipliés. Velpeau rend à chacun ce qui lui est dû, plus même, quand c'est un jeune confrère dont le nom perce à peine. D'où lui viennent donc, encore une fois, ces attaques qui abreuveraient sa vie d'amertume, si sa vie seule ne le mettait au-dessus de toute injustice? Elles lui viennent d'un seul homme, qu'il a eu le malheur de vaincre loyalement.

VIDAL (de Cassis) (1).

BULLETIN.

—

Explications demandées.

Un avocat célèbre plaidant pour un pauvre journaliste de province contre un duc et pair coiffé du chapeau de cardinal, commença son plaidoyer par ces mots: « Je » ne crains, ni n'envie, ni ne dédaigne les hommes » élevés en dignité, et j'ai besoin de bien fixer cette » disposition de mon esprit pour savoir le ton qu'il me « convient de prendre dans cette cause. »

Nous nous approprions cette phrase, et quoique les situations ne soient pas semblables, elle nous servira néanmoins très-bien pour répondre aux questions qui nous ont été adressées et aux explications qu'on nous a demandées sur les esquisses biographiques et littéraires que nous avons l'intention de publier.

Ainsi à ceux qui nous ont demandé s'il n'y avait pas témérité de notre part à faire poser les contemporains, si nous ne nous exposions pas à des rancunes, à des haines, à des vengeances peut-être, nous répondons comme l'avocat Toulousain : Je ne crains pas les hommes élevés en dignité.

A ceux qui ont cru que nous n'étions pas dans des conditions d'indépendance assez grandes pour ne dire que la vérité; qui ont pensé que, ne chargeant notre palette que de couleurs menteuses, nous ne présenterions que des portraits flattés, à ceux-là nous répondons : Je n'envie pas les hommes élevés en dignité.

Pour ceux enfin qui, oublieux de notre caractère et de nos habitudes, se sont imaginé que, fouillant dans

(1) Je prends le mot pamphlet dans le sens le plus honorable.

(1) Je prie mes amis et ennemis de ne m'attribuer, dans ce journal, que les vérités ou les erreurs que je signe.



la vie privée de nos contemporains, nous allions nous livrer à la médisance, aux petits propos, aux petites passions qui font le charme d'un si grand nombre de petits esprits, pour ceux-là nous n'avons que cette réponse : Je ne dédaigne pas les hommes élevés en dignité.

Ainsi donc, si nous voulions résumer en trois mots ce que ne sera pas notre travail, nous dirions :

Non, ce n'est pas le fouet ardent de Némésis que nous voulons prendre en main.

Non, ce n'est pas le pinceau élégant et flatteur de Lawrence ou de Gérard.

Non, ce n'est pas non plus le crayon spirituel et grotesque de Granville ou de Callot.

Nous nous proposons un but plus élevé, disons-le, plus utile, et pour cela nous avons besoin que la biographie de contemporains tienne fort peu de place dans nos esquisses. Nous savons tout ce qu'elle présente de difficile et d'épineux ; nous savons aussi que son utilité est pour certains esprits fort contestable, et que d'ailleurs elle ne satisferait personne. Mais l'appréciation littéraire et scientifique des hommes du jour, l'influence qu'ils ont exercée ou qu'ils exercent, les progrès qu'ils ont fait faire à la science, la direction qu'ils ont imprimée aux études, un jugement impartial porté sur l'écrivain, sur le professeur et sur le praticien, tout cela est certainement dans les attributions de la presse et peut-être dans ses devoirs. Cet examen peut se faire avec toute indépendance; il est compatible avec les formes de langage les plus mesurées ; il ne doit offusquer que la présomption et l'orgueil, il ne doit être redouté que par la médiocrité vaniteuse.

Si quelques-uns de nos lecteurs ont cru voir dans l'article de M. Vidal sur M. Velpeau un spécimen du travail que nous nous proposons de leur soumettre, c'est qu'ils ont oublié la circonstance qui l'a suscité et qui nous l'a fait accueillir. Nous les prions de se reporter deux numéros en arrière, et ils verront qu'une position exceptionnelle demandait un article exceptionnel.

Quant à nos études sur les anciens, là notre allure sera plus vive et plus franche, nos appréciations moins circonspectes, nos jugemens moins formulés. Elles seront divisées en deux parties : partie biographique et partie littéraire. C'est, il faut le dire, avec délices, qu'oubliant toutes les passions qui s'agitent autour de nous, nous nous livrons à l'étude du passé. Quelque nombreux que soient les travaux sur cette matière, il nous a semblé que tout n'avait pas été dit, qu'on pouvait présenter les anciens sous un point de vue nouveau, que l'histoire des hommes était incomplète et l'appréciation scientifique souvent inexacte. Nous en demandons bien pardon aux historiens et biographes passés et présens, mais nous croyons que l'histoire de notre art n'est pas encore bien faite, et qu'il ne reste plus qu'à glaner dans le vaste champ qu'ils ont cru moissonner. A Dieu ne plaise qu'on nous croie la prétention d'offrir à nos lecteurs une histoire complète de la médecine; ce travail est au-dessus de nos forces, et surtout de nos études, nous ne voulons que détacher par-ci par-là quelques portraits dans cette vaste galerie, les examiner à notre aise, leur redonner, si cela est possible, leurs mœurs, leurs passions, leurs haines et leurs affections, les entourer de leurs contemporains, les replacer dans les circonstances qui les ont faits grands ou médiocres, lâches ou courageux, bons ou méchans ; nous voulons surtout les juger par leurs œuvres, dire ce qu'il y a de légitime dans le culte traditionnel que nous leur accordons, ce qu'il y a d'injuste et d'absurde dans l'enthousiasme qu'affichent certains esprits pour tout ce qui n'est pas de leur époque ; telles sont nos intentions. Tel est le travail que nous voulons offrir à nos lecteurs, et que nous serions heureux qu'ils voulussent bien accueillir avec indulgence.

Nous espérons qu'après ces quelques lignes, les personnes qui ont été à notre égard assez bienveillantes pour craindre que nous ne suivissions une route dangereuse seront rassurées, et que celles qui, par des motifs que nous ne voulons pas examiner, se sont charitablement empressées de nous apporter des matériaux biographiques, seront désabusées.

AMÉDÉE LATOUR.



BULLETIN CLINIQUE.

Les faits, leur interprétation.

SEPTEMBRE 1836.

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

(Service de M. le professeur Andral.)

Apoplexie cérébrale. — Cancer du foie et du pancréas. — Hypertrophie du cœur.—Mort.

Salle Saint-Louis, n° 42, fut couché le nommé Portal, âgé de 76 ans, perruquier. Entré à l'hôpital avec les symptômes d'une gastrite chronique, douleur à l'épigastre; digestions pénibles; pesenteur épigastrique, surtout après avoir mangé, sans vomissemens.

Son état était toujours à peu près le même, lorsque, vers le milieu de la journée du 28 juillet 1835, tout à coup sa bouche se tourne, ses membres tombent dans une résolution presque complète, sans qu'il y ait cependant perte absolue de connaissance, et sans qu'il survienne aucune espèce de convulsions.

Ce matin, 29 juillet, il est dans l'état suivant: Les deux globes oculaires sont fortement dirigés à droite, de telle façon que la cornée transparente de l'œil droit, déviée en dehors, touche l'angle externe des paupières, et que celle du côté gauche, fortement tournée en dedans, est en partie cachée par leur angle interne. Fixés dans cette position, les deux yeux jouissent encore d'une certaine mobilité, mais sans que les pupilles puissent être directement ramenées en avant. Les pupilles ont environ une ligne de diamètre et se contractent un peu, mais faiblement, à la lumière.

La bouche est manifestement déviée à droite; la langue parfaitement mobile, sort directement. Les mouvemens du bras gauche, sans être complétement paralysés, sont beaucoup plus faibles que ceux du bras droit. Aux membres inférieurs, au contraire, le *côté droit* a perdu toute espèce de mouvement, tandis que le gauche est encore un peu mobile; de sorte que la paralysie est croisée. La sensibilité est nettement conservée dans tous les points, même aux membres paralysés du mouvement.

L'intelligence, lente et difficile, est cependant encore un peu conservée, car le malade comprend les questions qu'on lui adresse, et y répond, quoique avec difficulté.

Langue rouge et sèche; urines involontaires; 104 battemens artériels par minute; 20 respirations. On observe quelques mouvemens comme automatiques des doigts et des muscles de l'avant-bras, par lesquels les doigts sont ramenés de l'extension à la flexion, (Saignée de quatre palettes; diète.)

30 Juillet. — Le sang a coulé en bavant; le caillot assez large, peu ferme, n'offre aucune trace de couenne.

Le malade paraît indifférent à tout ce qui se passe autour de lui. Affaissement plus prononcé qu'hier; les deux yeux se rapprochent davantage de leur position naturelle; les pupilles sont plus contractées qu'hier; elles conservent un léger reste de mobilité. La vue est complétement perdue du côté gauche: du côté droit, elle est faible et paraît de temps en temps exister. (On constate cet état de la vue en approchant brusquement le doigt des yeux du malade.) Le membre inférieur *droit*, soulevé et abandonné tout à coup, retombe comme une masse inerte: le *gauche* retombe moins lourdement et se soutient un peu dans sa chûte. Lorsqu'on chatouille la plante des pieds, les deux jambes se retirent par un léger mouvement.

Le malade, complétement étranger à tout ce qui se passe autour de lui, ne répond plus aux questions qu'on lui adresse. (Diète; sinapismes aux membres inférieurs.)

Le 31 juillet.—140 pulsations, 40 respirations; pouls petit; respiration haute, costale. Pas de râle trachéal; état comateux profond. Mort dans la journée, à 9 heures.

Autopsie cadavérique faite le 1er août à 9 heures du matin.

Peu de raideur cadavérique; presque point de vergetures sur les parties déclives. Les pupilles, dans un état de dilatation naturelle, ne sont plus dirigées à droite, comme pendant la vie.

Crâne.—La voûte du crâne enlevée, les vaisseaux de la dure-mère paraissent un peu injectés et une faible quantité de sang s'en écoule. Cette membrane est séparée de la surface du cerveau par une quantité de liquide assez considérable pour la soulever et permettre d'en reconnaître la présence à travers son épaisseur. Lorsqu'on l'incise, une grande quantité de sérosité s'en écoule et produit ainsi un vide qui lui permet de se plisser à la surface du cerveau, comme si sa mesure ne correspondait plus à celle de l'organe et en dépassait les dimensions.

A l'incision du bulbe rachidien, une nouvelle quantité assez considérable de sérosité s'échappe de nouveau, et cette quantité, jointe à la première, équivaut à environ un bon verre de liquide.

L'arachnoïde et la pie-mère sont assez injectées, surtout au niveau des lobes postérieurs du cerveau et à leur

surface convexe où cette injection est poussée au point qu'on croirait, à la première vue, qu'une nappe légère d'un sang noirâtre a été étalée à leur surface. Cette injection de la pie-mère est encore plus prononcée autour du cervelet. A la base du cerveau, l'injection sanguine est presque nulle. Les artères y sont béantes et offrent dans quelques points un commencement d'ossification.

Quant à la surface cérébrale elle-même, elle présente une consistance assez ferme. Les deux substances blanche et grise sont bien nettement dessinées : elles sont le siége d'une infiltration séreuse générale telle, qu'une quantité notable de sérosité suinte des incisions qu'on y pratique, et que le doigt, promené sur la surface des tranches que l'on obtient par sa section, rassemble une quantité de sérosité assez marquée pour la mouiller.

Outre ces caractères généraux qui appartiennent à toute la masse cérébrale, on constate les lésions suivantes :

Substance cérébrale. — 1° Dans l'hémisphère gauche (la substance cérébrale a été incisée dans tous les points par tranches très-minces), on rencontre, au niveau du lobe moyen seulement, plusieurs petits foyers apoplectiques, situés exactement au point de réunion des substances corticale et médullaire. Ces foyers, capables de loger un grain de chenevis, sont remplis par un petit caillot sanguin dont les dimensions correspondent exactement à celles du foyer lui-même. Le caillot enlevé, les parois du foyer offrent une teinte jaune-rouillée très prononcée, et la substance cérébrale se trouve à leur niveau, ramollie dans la profondeur de près d'une ligne, après quoi elle reprend insensiblement sa consistance.

Au point de jonction du corps strié et de la couche optique, existe une petite cavité avec perte de substance, de la grandeur environ des foyers apoplectiques, qui ont été décrits plus haut, dans laquelle n'existe aucune trace de caillot et dont les parois, d'une teinte grisâtre, offrent un ramollissement qui s'étend dans une épaisseur d'une ligne et demie environ. A cinq ou six lignes plus en arrière, dans l'épaisseur de la partie externe de la couche optique, existe une seconde cavité, exactement semblable à la première, mais un peu plus grande.

Dans tout le reste de l'épaisseur de l'hémisphère gauche du cerveau, les recherches les plus attentives ne peuvent faire découvrir aucune lésion appréciable.

2° Dans l'hémisphère droit et dans l'épaisseur du lobe moyen, existent trois nouveaux petits foyers apoplectiques, exactement semblables à ceux qui existaient dans l'hémisphère gauche, tant sous le rapport de leur siége que sous le rapport de leur étendue, du caillot qu'ils renferment et de la nature de leurs parois. La couche optique, la bandelette demi-circulaire, le corps strié, les tubercules quadri-jumeaux, n'offrent aucune lésion appréciable; mais dans l'épaisseur du pédoncule postérieur de ce même côté, existe une cavité de deux à trois lignes de longueur sur une ligne environ de largeur, située parallèlement à l'axe de ce pédoncule et remplie par un sang noir demi-liquide; les parois paraissent moins profondément ramollies que celles des autres foyers de même nature décrits plus haut, et elles semblent être d'une formation plus récente.

Ventricules. — Les ventricules latéraux et le ventricule moyen, sont très-dilatés et paraissent avoir été distendus par une grande quantité de sérosité.

Le septum lucidum est parfaitement intact, et il en est de même de la surface libre des parois ventriculaires. Toutefois, à la partie postérieure et interne du ventricule gauche, dans l'étendue de près d'un pouce d'avant en arrière, et d'un second pouce de haut en bas, cette surface est terne, plus blanche que les autres points granulés, et cette apparence chagrinée n'est pas sensible seulement pour l'œil, mais aussi pour le toucher. Ces granulations, du reste, paraissent appartenir à la substance cérébrale elle-même.

Quant au plexus choroïde, il offre, sur sa longueur, une réunion de petits kystes séreux, hydatiformes, dont les plus volumineux ont la grosseur d'une petite noix et groupés en forme de grappes.

Protubérance annulaire et Cervelet. — La protubérance annulaire et le cervelet, n'offrent aucune lésion appréciable, avec quelque soin qu'on les examine. La moelle n'a pas été examinée.

Cavité thoracique. — Les deux poumons ont contracté, avec la plèvre costale, des adhérences qui ont lieu à l'aide de brides lâches et celluleuses.

Poumon droit. — Tout le lobule supérieur est le siége d'un emphysème disposé par lobules distincts, s'affaissant immédiatement par l'effet de la section. Le reste de ce poumon est gorgé, surtout dans sa partie postérieure, par un sang noir, mais il conserve toute sa consistance, et son tissu crépite sous la pression. Aucune trace de tubercules.

Poumon gauche. — Il est le siége d'un emphysème plus prononcé, plus étendu, disposé également par lobules distincts et occupant toute la lame antérieure et le sommet du poumon. Le tissu pulmonaire s'affaisse également par la section, mais la moitié postérieure est moins engorgée que le poumon droit. Du reste, il offre de même sa consistance normale et sa crépitabilité, et il est exempt de toute infiltration tuberculeuse et de toute altération appréciable quelconque.

Cœur. — D'un volume plus gros que ne le comporte la nature du sujet, le cœur est enveloppé d'une assez grande quantité de tissu graisseux; sa surface n'offre aucune plaque blanche, et le péricarde est sain. Incisées, ses parois ventriculaires gauches, hypertrophiées, offrent une épaisseur de huit lignes qui n'est point en rapport avec le volume du cœur : petit, comparativement à cette épaisseur; ses cavités ont leurs dimensions normales. La surface interne de l'oreillette gauche est d'un blanc opaque, et on peut, à l'aide de la dissection, en séparer au moins deux feuillets membraneux avant d'arriver à la substance charnue des parois de l'oreillette. Partout ailleurs, la surface interne des cavités du cœur n'offre rien de remarquable.

Valvules. — Les valvules bicuspides sont épaissies

et d'un blanc mat presque nacré. Les valvules sygmoïdes de l'aorte, indurées et épaissies dans leurs points d'insertion, offrent en outre, dans leur épaisseur, un léger dépôt calcaire, disposé sous forme d'aiguille, dont une extrémité appuierait sur le bord adhérent de la valvule, et l'autre se dirigeant vers le bord libre, s'arrêterait à peu près au milieu de la hauteur de cette valvule. Ce dépôt calcaire existe sur deux valvules seulement et ne s'oppose pas encore à leur libre jeu. Les valvules des cavités droites du cœur n'offrent rien de remarquable.

L'aorte offre quelques plaques jaunâtres qui font saillie dans son intérieur. Elle n'est pas encroûtée de phosphate calcaire : ces plaques jaunâtres sont surtout nombreuses, quoique plus petites au niveau de la bifurcation de l'aorte en iliaques primitives.

Cavité abdominale.— Estomac. — Il n'offre aucune altération appréciable. Son volume est normal ; sa muqueuse, d'une couleur naturelle, plutôt pâle que rouge, paraît saine dans toute son étendue. Son épaisseur n'offre rien de remarquable. Enfin, sous le rapport de sa consistance, elle paraît légèrement ramollie. Le reste du canal digestif n'offre rien de remarquable.

Foie. — D'un volume qui dépasse les dimensions moyennes et les plus ordinaires. Çà et là, des tumeurs variant entre le volume d'une petite pomme et celui d'une grosse noisette, d'un blanc-jaunâtre qui tranche avec la couleur rouge foncée du foie à la surface de l'organe, semblent incrustées dans l'épaisseur du foie, de manière à saillir de une à deux lignes : elles sont généralement comme mamelonées à leur surface libre qui est en outre un peu concave.

Çà et là, aussi, le foie offre à sa surface une saillie sans changement de couleur, et qui semble produite par l'effet que feraient d'autres tumeurs qui pousseraient devant elles le tissu du foie, pour se faire jour à sa surface. Coupé par tranches, le tissu du foie paraît lardacé çà et là par les tumeurs encéphaloïdes dont nous venons de parler et dont nous avons vu quelques-unes déborder la surface. Ces tumeurs offrent toutes les dimensions possibles, depuis celle d'un grain de chenevis jusqu'à celle d'une petite pomme. Elles contrastent par leur couleur blanche-jaunâtre avec le tissu du foie dans lequel la portion vasculaire (substance rouge) est très-développée, et qui est parsemée d'une foule de petites granulations blanchâtres qui paraissent n'être autre chose qu'un rudiment des tumeurs plus volumineuses qui envahissent son tissu. Examinées isolément, ces tumeurs offrent les caractères suivans :

Les plus petites, d'une teinte jaune-blanchâtre uniforme, paraissent formées d'une substance parfaitement homogène et offrent, sous le tranchant une certaine résistance. Celles qui offrent des dimensions moyennes, présentent exactement les mêmes caractères; mais de plus, elles offrent à leur centre une injection vive, pointillée; enfin, les plus volumineuses présentent au centre de la portion injectée une décoloration complète, avec ramollissement au niveau de ces portions décolorées ; de sorte qu'on trouve, en procédant de leur circonférence à leur centre, d'abord une sorte de couronne blanche-jaunâtre, d'un tissu absolument semblable à celui qui constitue entièrement les plus petites tumeurs, puis une seconde couronne vasculaire. rouge, pointillée comme dans le centre des tumeurs, d'un volume moyen, puis enfin une portion ramollie, décolorée, qui occupe exactement le centre et qui se trouve cernée par les deux couronnes précédentes.

Ainsi, on voit un premier tissu anormal apparaître dans l'épaisseur du foie ; à mesure que ce tissu prend du développement, on voit son centre se vasculariser, puis enfin, par un développement plus considérable encore, re ramollir et dégénérer en une sorte de détritus blanchâtre.

La vésicule est distendue par une bile noirâtre, bien formée ; elle n'offre aucun genre d'altération appréciable.

Le pancréas offre dans son épaisseur, plus loin de son extrémité gauche que de son extrémité droite, une tumeur du volume d'un gros œuf, dont les caractères sont absolument les mêmes que ceux des plus grosses tumeurs cancéreuses du foie que nous avons décrites plus haut. En dehors de cette tumeur, son tissu incisé se trouve engorgé d'un liquide comme muqueux. Ce qui fait penser que peut-être la tumeur, comprimant les vaisseaux excréteurs, a fait refluer vers l'organe les sucs pancréatiques qui tendaient à en sortir.

La rate est saine.

Les reins sont sains ; seulement la surface du rein droit se trouve incrustée de deux petits kystes séreux, dont le plus grand a le volume d'un gros pois qui pénètre dans le tissu même du rein, tandis que l'autre en soulève la membrane propre.

La vessie, distendue par une grande quantité d'urine, n'offre, du reste, aucune lésion appréciable.

Hémorrhagie de la protubérance annulaire. — Hypertrophie du cœur. — Mort.

Le nommé Cagé, Bernard, âgé de 53 ans, portier, né à Dijon (Côte-d'Or), fut reçu le 30 juillet 1836, à deux heures de l'après midi, et couché au nº 11 de la salle Saint-Louis. Sa femme, qui l'amena, nous raconta qu'il avait eu, en 1832, le choléra asiatique, seule maladie qu'elle lui ait connue, et qui fut chez lui très-intense. Cependant, il s'en était remis assez bien, lorsque, vers le mois de février 1836, il fut pris, après des étourdissemens, de céphalalgie, dont le siége ne peut être précisé, puis bientôt d'embarras marqué dans la parole, qui persista, et fut même le seul symptôme éprouvé par le malade, à cette époque, et pour lequel une large saignée du bras lui fut pratiquée.

Le 12 mai, de la même année, perte de connaissance, encore précédée de céphalalgie, de vertiges et suivie d'une paralysie du mouvement des deux membres du côté gauche (saignée et autres soins convenables). Depuis ce temps, l'ouïe du côté gauche fut plus

dure ; la tête faible, les idées interrompues et le malade fut livré à des envies fréquentes de dormir. Quant à l'hémiplégie, elle fut notablement amendee par des bains ou fumigations pris à l'hôpital Saint-Louis, et dont l'usage était interrompu depuis six semaines. Assez ingambe pour remplir les fonctions de portier, il avait contracté l'habitude de rester souvent assis au soleil sur la porte. Depuis plusieurs jours, il y était resté exposé aux fortes chaleurs qui eurent lieu : alors, la céphalalgie fréquente et presque habituelle s'exaspéra.

Le 29 au soir, il se coucha à dix heures, assez bien portant, n'ayant commis aucun excès, n'ayant pas éprouvé de vives contrariétés. La nuit, il dormit d'un profond sommeil, et, à ce que sa femme crut remarquer, ronfla plus bruyamment qu'il n'avait l'habitude de le faire depuis sa dernière attaque. Le 30 au matin, il se leva à six heures, sans état particulier, et à neuf heures, gêne plus marquée dans la parole, et probablement aussi quelque nouveau phénomène dans l'état du côté gauche, car on vit le malade saisir plusieurs fois la main de ce côté avec la droite, et la frotter fortement. Peu d'instans après, le malade tomba sans connaissance, état qui persista jusqu'à son arrivée à l'hôpital, et qui ne fut pas interrompu même par un vomissement bilieux, verdâtre, assez abondant, qui eut lieu une heure environ avant son entrée. Chez lui, on lui fit une saignée du bras, qui coula peu.

A l'entrée, à deux heures : — Décubitus dorsal ; perte complète de connaissance ; face pâle ; bouche entr' ouverte, nullement déviée ; yeux fermés, et lorsqu'on les ouvre avec le doigt, on constate que le regard est fixe, que les pupilles, d'une ligne de diamètre environ, sont également contractées et immobiles, même à l'action d'une vive lumière. La face n'est point déviée ; la respiration profonde, fréquente, n'est encore accompagnée d'aucun râle.

Les mouvemens du cœur ont lieu avec une impulsion vigoureuse, sèche et concentrée, pour ainsi dire ; les bruits présentent la même nuance, sans être accompagnés de souffle ou tout autre bruit normal. Le ventre ne paraît nullement douloureux ; l'urine et les matières fécales sont encore retenues. La sensibilité, très-obtuse partout, paraît l'être bien plus à gauche.

Le bras et la jambe de ce côté, soulevés, paraissent raides, surtout le bras qui est légèrement plié sur la poitrine et offre une sorte de résistance, mais très-faible. Les membres du côté droit, au contraire, sont mous et flasques et retombent sur l'oreiller. (Saignée d'une livre ; vingt sangsues derrière chaque oreille ; lavement purgatif).

Dans la soirée, il est pris de secousses et de tremblement général sans contracture. (Nouveau lavement purgatif. Mort à huit heures du soir.)

Autopsie le 31, à neuf heures du matin par un temps sec.

Rigidité cadavérique peu prononcée.

Abdomen. — Point d'épanchement dans cette cavité. La vessie est considérablement distendue par une urine claire. Vers la fin de l'intestin grêle, on remarque une ou deux plaques de Peyer, développées, sans rougeur aucune et sans pointillé. Le foie est noirâtre et gorgé de sang.

Poitrine. Les poumons sont noirs et gorgés de sang, surtout à leur partie postérieure. Leur partie antérieure est le siége d'un emphysème très-développé des deux côtés : du reste, aucune trace de tubercule. Peu ou point de sérosité dans le péricarde. Le cœur, très-développé, surtout pour le ventricule gauche, présente, de la pointe à la base du ventricule gauche, quatre pouces et demi. Largeur au milieu des ventricules, un peu plus de quatre pouces et demi. Trois pouces et quelques lignes appartiennent en avant au ventricule gauche, qui offre aussi un diamètre antéro-postérieur de beaucoup supérieur à ce qu'il est dans l'état normal. Les cavités droites, remplies d'un sang noir figé, en caillots, ne présentent rien d'anormal à leur intérieur. L'épaisseur du ventricule a deux lignes et demi environ ; l'oreillette gauche n'offre rien de remarquable ; le ventricule gauche est ferme, d'un tissu dense et serré : épaisseur de ses parois, au milieu, dix lignes. Les colonnes sont très-larges et très-dures ; la valvule mitrale présente une plaque cartilagineuse irrégulière, tout à fait analogue au tissu jaune des artères, présentant environ quatre lignes dans son plus petit diamètre, et sept ou huit dans son plus grand. Les valvules sygmoïdes de l'aorte offrent seulement un peu de consistance cartilagineuse au niveau de leur insertion à l'aorte et au niveau du tubercule d'Arontius.

Tête. — Le cuir chevelu, incisé, laisse échapper, à sa partie postérieure, une grande quantité de sang noirâtre. Le crâne offre des parois très-épaisses, dont le minimum est de trois lignes environ.

Les vaisseaux des méninges sont aussi distendus à la partie postérieure. Ouverte, la cavité de l'arachnoïde ne présente aucune trace de sérosité : la surface du cerveau paraît un peu lâche. Les circonvolutions de la face supérieure présentent en outre un aspect très-remarquable ; elles sont presque complétement effacées : on dirait une surface unie, sur laquelle sont dessinées quelques lignes légères et presque sans dépression. Les vaisseaux qui rampent à sa surface sont tous noirs et remplis de sang, surtout ceux de la partie postérieure. Plusieurs présentent des plaques jaunâtres, épaissies.

La substance blanche est pointillée en incisant couche par couche. Le cerveau étant encore adhérent au crâne, on arrive à gauche en incisant couche par couche, jusqu'à la hauteur de cette substance ; là on rencontre une surface qui paraît la portion la plus haute du ventricule distendu dont elle forme le plafond. Cette sorte de lame est coloriée en rouge par un pointillé très-évident et très-gros. En incisant un peu plus de ce côté, on rencontre un foyer énorme rempli de sang noir, s'étendant dans le ventricule de ce côté. Les parois de ce ventricule, ramollies et diffluentes, sont injectées par une coloration rouge et de plus, surtout en certains points, offrent la couleur chocolat, ou la teinte jaune-rouille.

La voûte à trois pilliers, la cloison inter-ventriculaire sont détruites et réduites en bouillie, offrant sur le caillot énorme l'apparence de franges blanches ou présentant toute la coloration que nous avions trouvée dans les parois du ventricule gauche.

On constate que la couche optique et le corps strié sont détruits, réduits en pulpe, et qu'ils paraissent avoir été le point de départ de tous les désordres du ventricule moyen, ramolli; le caillot s'étend dans tout le ventricule droit dont les parois sont ramollies sans être pour cela décolorées. De plus, au niveau du point de jonction du corps strié et de la couche optique du côté droit, on rencontre deux cavités du volume d'un pois, remplies d'un peu de sérosité et de filamens minces faciles à déchirer, encore mal organisés, anciens kystes d'épanchemens antérieurs. Le tissu est ramolli autour d'eux, enfin, un désordre non moins grave. La protubérance annulaire, incisée transversalement, nous a présenté huit ou neuf foyers sanguins de la grosseur d'un pois et au dessous, jetés irrégulièrement dans son intérieur.

Réflexions.

Ces faits viennent à l'appui de l'opinion de ceux qui pensent que l'hypertrophie du ventricule gauche du cœur est une cause productrice de l'hémorrhagie cérébrale; malgré qu'on en ait nié l'existence dans ces derniers temps, nous croyons pouvoir dire que ces cas ne sont pas aussi rares qu'on l'a pensé. Si on ouvre les auteurs qui ont traité des maladies du cœur, on en rencontre plusieurs exemples. M. Andral (1) admet que l'hypertrophie du cœur peut produire dans le cerveau : 1° un premier degré de congestion, annoncé seulement par la céphalalgie, des vertiges, des étourdissemens; 2° un second degré de cette même congestion, assez forte pour produire une perte complète de connaissance et de tous les symptômes d'une hémorrhagie cérébrale; 3° cette hémorrhagie elle-même. M. Bouillaud (2) a cité plusieurs exemples d'hypertrophie du cœur avec coïncidence de l'hémorrhagie cérébrale; on se rappellera en outre que trois illustres médecins, Malpighi, Cabanis et Ramazzini, enlevés à la science par des attaques d'apoplexie foudroyante, étaient affectés d'hypertrophie du ventricule aortique. Enfin, nous croyons pouvoir dire avec M. le professeur Richerand, que cette affection est une prédisposition plus prochaine à l'apoplexie que la *constitution* dite *apoplectique*.

C. Hamon.

(1) Clinique médicale, troisième édition.
(2) Traité des maladies du cœur.

CLINIQUE DE VILLE.

Bureau de charité du huitième arrondissement.

Deuxième cas de paralysie de la 7e paire, observé et guéri; par M. Laurens, d'Albi, docteur en médecine.

La dame Morel, âgée de 62 ans, de Paris, domiciliée rue Traversière, n° 9, faubourg Saint-Antoine, d'un tempérament bilioso-sanguin, sujette à avoir la migraine, fut prise, le 24 juillet 1836, d'un mal de tête plus intense qu'à l'ordinaire, avec des envies de vomir. A la suite de ces symptômes, elle eut une paralysie de mouvement du côté gauche de la face, que ses voisines aperçurent avant elle, frappées qu'elles furent de la déviation de la face du côté non paralysé.

Le 25 juillet, voici l'état dans lequel je la vis à la consultation : bouche déviée à droite; impossibilité de froncer le sourcil et d'abaisser complétement la paupière supérieure du côté paralysé, qui conservait toute sa sensibilité; gêne de la mastication et de l'appréhension des boissons. Les masséters et les temporaux se contractaient. Antérieurement, la malade n'avait pas eu de maladies d'oreilles, de dents, ni des tumeurs ou des abcès sur le trajet des nerfs faciaux.

Je prescrivis une fumigation de la partie paralysée, tous les jours, faite avec la vapeur d'infusion de fleurs de sureau. La malade plaçait à cet effet sa tête au-dessus d'un vase rempli d'infusion et recevait la vapeur après avoir enveloppé la tête et le vase dans une serviette. La malade faisait trois ou quatre fois par jour des frictions sur le côté paralysé avec le mélange suivant :

Pr. :	Teinture de noix vomique.	1 gros.
	Esprit de mendérérus.	2 onces.
	Eau distillée.	4 onces.

Ce traitement, continué avec persévérance, du 25 juillet au 15 août, n'avait produit qu'une légère amélioration. La malade avait beaucoup d'étourdissemens; son pouls était élevé. Je fis faire, le 15, une saignée de trois palettes. Le 17, je fis prendre une once de sel de Glauber dans une tasse de bouillon d'herbes. Les étourdissemens cédèrent à l'influence de cette médication. La première partie du traitement n'avait pas été suspendue.

Le 19, l'amélioration est plus marquée. La paupière supérieure peut presque recouvrir l'œil; la déviation est moins apparente.

Le 20, je prescrivis de nouveau une once et demi de sel de Glauber dans une tasse de bouillon d'herbes. Il y eut superpurgation, à la suite de laquelle l'amélioration fut plus marquée.

Le 25, nouveaux étourdissemens; pouls élevé; saignée de trois palettes. La malade va beaucoup mieux. L'œil se ferme; il n'y a presque plus de déviation.

Le 29, la guérison est complète. Je fais suspendre les frictions et les fumigations qui avaient toujours été continuées. Deux onces de sel de Glauber, en deux doses prises à deux jours d'intervalle, sont prescrites.

Le 2 septembre, la guérison se confirme. Je prescris deux bains et fais cesser toute médication.

A la suite des frictions, j'ai remarqué, comme dans la première observation consignée dans ce recueil, que l'œil du côté paralysé a coulé beaucoup et que des tiraillemens spasmodiques se manifestaient de temps à autre dans les muscles qui avaient perdu leur motilité.

Si maintenant nous comparons ce deuxième fait au premier que nous avons publié, nous verrons qu'ici la paralysie du mouvement est venue à la suite d'une migraine; que dans le premier cas, elle est survenue à la suite d'un refroidissement; que le premier sujet n'avait que 33 ans, tandis que le deuxième en à 62. La différence d'âge et la différence de la cause, plus ou moins opiniâtre dans son action, à laquelle a succédé la paralysie, nous rendent compte de la promptitude de la guérison dans le premier cas, et du plus de persévérance qu'il a fallu dans le deuxième pour arriver à une guérison complète. LAURENS, d. m. P.

JOURNAL DES CONNAISSANCES

MEDICO-CHIRURGICALES.

SEPTEMBRE 1836.

Du traitement de certaines ophthalmies aiguës par les vésicatoires volans sur la face cutanée des paupières.

(DEUXIÈME MÉMOIRE (1)).

La médication dont il va être question dans ce mémoire, semble d'abord tellement contraire aux principes de la saine thérapeutique, qu'il est indispensable de rappeler avant tout les motifs qui m'ont porté à l'essayer. Appliquer un vésicatoire sur le devant de l'œil, en effet, et de manière à couvrir toute la base de l'orbite, ne manquerait pas de faire crier à la témérité, de paraître excessivement dangereux, si de bonnes raisons n'étaient immédiatement invoquées à l'appui d'une pareille pratique, d'une pratique en apparence aussi hardie. Voici donc les voies qui m'y ont conduit; j'y suis arrivé successivement par l'analogie, par l'examen anatomique des vaisseaux de l'œil et par l'expérimentation.

Ayant remarqué que des ophthalmies qui avaient résisté jusque-là aux divers moyens dirigés contre elles, disparaissaient quelquefois brusquement à l'occasion d'un érysipèle à la face, je me demandai s'il ne serait pas possible de transformer cet accident en règle, d'établir à volonté sur le visage une sorte d'érysipèle momentané; je crus entrevoir enfin qu'une vive inflammation artificielle maintenue pendant quelques jours aussi près que possible de la partie malade, opérerait une révulsion puissante et pouvait devenir un résolutif des plus efficaces dans plusieurs maladies de l'œil. Des difficultés, des craintes diverses m'arrêtaient cependant. Placés à la nuque, les vésicatoires réagissent souvent d'une manière plus nuisible qu'avantageuse sur les inflammations oculaires; sur la face, autour de l'orbite, j'avais à redouter le même inconvénient et qu'ils laissassent des traces indélébiles. En les appliquant sur les paupières, j'allais déterminer une fluxion capable d'aggraver considérablement l'ophthalmie. Convaincu par des essais d'un autre genre que, posés sur des tissus fortement enflammés, les vésicatoires calment plutôt qu'ils n'exaspèrent les symptômes, je résolus enfin de tenter ce dernier mode de traitement. Pour ne compromettre ni la vue, ni la santé générale d'aucun sujet, je dus attendre une des ces phlegmasies chroniques et rebelles qui, en vascularisant la cornée, mettent les malades dans un état voisin de la cécité, sans que rien puisse les faire rétrograder. L'occasion ne tarda pas à s'en présenter.

Un malheureux soldat de l'armée d'Afrique, presque aveugle depuis deux ans, avait la cornée tellement vasculaire et la face interne des paupières tellement fongueuse, que je pensai ne lui faire courir aucun risque en le soumettant à ce moyen, après avoir vainement employé la cautérisation, l'excision et les autres ressources communément vantées en pareil cas. En conséquence, je lui fis appliquer sur le devant de chaque orbite un large vésicatoire, qui ne fut enlevé que le lendemain. La douleur avait été vive, mais superficielle; loin d'avoir pris une nouvelle intensité, les souffrances parurent manifestement moindres à partir de ce moment. Ce n'est pas sans en être surpris, je l'avoue, que je vis la rougeur, le boursoufflement, la vascularisation, diminuer au lieu d'augmenter sous un semblable topique dès le deuxième jour. Le mieux, qui alla en augmentant pendant une semaine, restant ensuite stationnaire fit que j'appliquai deux nouveaux vésicatoires sur les paupières. Leur effet fut le même que la première fois, et ne se prolongea pas davantage. C'en était assez toutefois pour m'enhardir, et je me promis bien de ne plus être aussi timide. Une jeune fille, âgée de dix-huit ans, mal réglée, scrofuleuse, affectée depuis longtemps de kératite de blépharophthalmie, ayant épuisé sans succès toutes les ressources de la pharmacopée, vint d'ailleurs s'offrir, en quelque sorte d'elle-même et comme malgré moi, à l'action du vésicatoire volant. Cette fois l'effet en fut si prompt et si manifeste que la maladie, qui était aiguë, accompagnée de larmoiement et de photophobie intense, s'éteignit presque complétement en moins de dix jours. Comme l'intérieur du nez et toute l'étendue des voies lacrymales étaient également enflammées depuis plusieurs mois, les accidens ne tardèrent pas à revenir cependant, et de manière à solliciter bientôt l'emploi d'un nouvel épispastique, qui n'amena cette fois qu'une amélioration de peu de durée, et auquel je crus devoir renoncer peu de temps après chez ce sujet.

Le résultat obtenu chez ces deux malades, sans être tout à fait concluant, était pour moi d'une valeur immense. J'avais ainsi acquis la preuve que, dans certaines variétés d'ophthalmie, soit chronique, soit aiguë, un vésicatoire sur le devant de l'orbite est au moins sans inconvénient, et que dès lors je pouvais en étendre l'emploi avec un peu plus de sécurité.

Cherchant à me rendre compte de son action tout en

(1) Cet article qui, par erreur avait été omis, appartient au n° d'août 1835, et fait suite au premier mémoire inséré dans le n° de mai 1835, tome 34 de l'*Encycl.* A°., P. 82, et doit précéder celui que nous avons donné t. IX, 2° série, F., p. 65.

continuant mes expériences, désirant aussi en préciser l'efficacité, je dirigeai mon attention vers la distribution des vaisseaux de l'orbite. Ce genre de recherches m'ayant appris que les artères qui arrivent à la cornée ou à l'iris appartiennent aux vaisseaux ciliaires, tandis que celles des paupières et de la conjonctive sont fournies uniquement par les musculaires, la branche lacrymale, la nasale et divers rameaux des artères de la face, me permit de comprendre, en partie du moins, ce que j'avais déjà observé, et de distinguer *à priori* les cas qui se trouveraient le mieux de l'usage du vésicatoire. Le raisonnement sur lequel je me fondais est le suivant : un épispastique sur le devant de l'œil n'attire une si forte fluxion, une si grande quantité de fluides dans l'épaisseur des paupières, qu'aux dépens des vaisseaux qui sillonnent l'extérieur de la tête et de la cavité de l'orbite. Or, ne peut-on pas présumer que, par cela même qu'elle est fortement activée dans ces vaisseaux, qui sont nombreux et très-gros, la circulation se trouve ralentie en même proportion dans les branches ciliaires et l'artère centrale de la rétine, les seules qui entrent dans l'intérieur de l'œil? Une pareille supposition conduirait à établir que le vésicatoire est surtout efficace dans les ophthalmies internes, l'iritis, les inflammations de la cornée et de la conjonctive oculaire, toutes les fois enfin qu'il importe de diminuer l'afflux du sang dans la coque oculaire.

Poursuivant mon examen des artères, j'ai vu que leur distribution finale me donnerait facilement la clé dont j'avais besoin pour déterminer par quel plan de vaisseaux telle ou telle ophthalmie est véritablement entretenue. L'inflammation occupe-t-elle la face interne des paupières? Si la rougeur et la vascularisation vont en augmentant à mesure qu'on se rapproche des cils, elles sont entretenues par les artères palpébrales, et devraient être augmentées par le vésicatoire. Si la teinte rouge est plus foncée, ou va en augmentant d'intensité au contraire, en se portant du côté de l'orbite, elle appartient à la conjonctive et se trouve sous la dépendance des artères musculaires qui, n'arrivant pas jusque dans le tissu des paupières, permettent d'accorder théoriquement quelque confiance au vésicatoire.

Lorsque la maladie occupe le devant de l'œil, elle est caractérisée par une coloration qui, comme pour les paupières, va en se fonçant davantage du côté de l'orbite ou vers la cornée. Dans le premier cas, le plan vasculaire est mobile, violacé, à rameaux tortueux; il appartient à la conjonctive, vient des artères musculaires, et semble de nature à pouvoir être modifiée heureusement par l'emploi du vésicatoire. Dans le second cas, la rougeur est plus profonde, plus vive, tout à fait fixe, à rameaux parallèles, sous l'influence des artères ciliaires, et l'indice d'une lésion de la cornée ou de l'iris, d'une lésion que le vésicatoire doit naturellement tendre à entraver.

Ainsi, la théorie, fondée sur les fonctions des vaisseaux de l'œil ou de ses annexes, indique, d'une part, quels sont les tissus dont les inflammations peuvent être amoindries par le vésicatoire; et de l'autre, quel est le genre de tissu malade quand la vascularisation offre tel ou tel caractere anatomique. En procédant de cette façon, j'arrive à présumer que le vésicatoire volant, sur les paupières, convient essentiellement dans les cas où la phlegmasie est alimentée par les artères musculaires, les ciliaires et la centrale de la rétine. C'était à l'expérience de faire le reste, à confirmer ou bien à infirmer ces inductions. J'ai donc continué à l'interroger. Voyons maintenant quel en a été le langage et si elle autorise de nouveaux essais, s'il est réellement téméraire, comme on serait disposé à le penser de prime abord, d'appliquer un vésicatoire volant sur les paupières d'un sujet affecté d'ophthalmie aiguë.

Mes essais ont porté jusqu'ici sur divers cas de blépharophthalmie, aiguë et chronique, sur la kératite ancienne avec vascularisation profonde de la cornée, sur la kératite aiguë, traumatique et spontanée, avec ou sans suffusion, avec ou sans ulcères de la cornée, sur les inflammations purulentes de la chambre antérieure et de la cornée, dans les cas d'hypopyon, par exemple, et de fonte purulente de la cornée à la suite de l'opération de la cataracte par extraction, sur les taches diverses de l'œil avec ophthalmie intense, sur la kératite accompagnée de vive photophobie; sur les ophthalmies catarrho-rhumatiques, sur l'iritis ou l'ophthalmie intense, et sur la suffusion récente des chambres de l'œil, par suite d'une lésion du cristallin. J'avais besoin de ces tentatives variées pour arriver à quelques résultats positifs. Aujourd'hui que j'ai fait appliquer ainsi plus de cinquante fois le vésicatoire, je crois être en mesure d'en indiquer les principaux effets d'une manière assez précise pour mettre les praticiens à même de les juger, et d'en tirer parti.

§ I. *Effets du vésicatoire pouvant inspirer des craintes.*

1° Dans aucun cas, les vésicatoires volans, appliqués sur les paupières, n'ont aggravé la maladie de l'œil. Le seul malade qui ait semblé en éprouver des accidens était affecté tout à la fois de leucoma, d'ulcère à la cornée, de kératite aiguë, d'ophthalmie catarrho-rhumatique, de tumeur lacrymale, d'anchylops et d'érysipèle des paupières avec fièvre. L'érysipèle prit une grande extension sous l'épispastique; la réaction générale augmenta d'intensité, et une fluctuation purulente fort large ne tarda pas à se montrer du côté du grand angle; mais l'ophthalmie proprement dite et les altérations de la cornée diminuèrent en même proportion. Jamais l'inflammation de la conjonctive, jamais les taches, les épanchemens, les ulcères, les ulcérations, les infiltrations, la suffusion, la suppuration de la cornée, jamais le trouble de la chambre antérieure ne se sont exaspérés, n'ont pris une marche plus rapide, ou une plus grande extension, sous son influence, que, d'après toutes les probabilités, ils ne l'eussent fait sans lui. J'insiste sur ce point, parce que le premier obstacle qui arrêtera le chirurgien dans l'emploi de ce moyen sera manifestement la crainte de nuire. Eh bien! j'ose affirmer qu'il n'y a rien à redouter sous ce rapport, et qu'un vésicatoire sur le devant

de l'orbite est infiniment moins dangereux, eu égard aux ophthalmies, que sur le côté de la poitrine relativement à la pleurésie par exemple.

2° Non-seulement le vésicatoire sur les paupières n'augmente pas les phlegmasies de l'œil, absolument parlant; mais encore il n'en exaspère nullement la douleur. Les souffrances qu'il cause sont celles d'un vésicatoire sur toute autre partie du corps, et les malades savent fort bien les distinguer des douleurs qui appartiennent aux tissus primitivement enflammés.

3° Reste une dernière inquiétude à dissiper. Des applications répétées de vésicatoires volans sur les paupières ne laisseront-elles pas des traces désagréables et indélébiles à la face? Qu'on se rassure encore à ce sujet. Comme il ne s'agit point d'entretenir la suppuration d'un pareil exutoire, comme on doit au contraire s'empresser de le faire sécher, la surface du derme n'en souffre aucunement; le réseau de Malpighi et l'épiderme lui-même reprennent bientôt tous leurs caractères primitifs. Une simple tache rougeâtre, qui disparaît au bout de quinze jours ou un mois, en forme toutes les suites. Chez un jeune garçon, âgé de douze ans, qui en a eu quatre sur le même œil, à dix jours de distance, il n'en reste pas la moindre trace aujourd'hui, quinze jours après la dessiccation du dernier. Il est d'ailleurs bien connu des médecins que les vésicatoires n'altèrent ni la couleur, ni la souplesse de la peau, et on ne voit pas pourquoi ils produiraient d'autres effets, sous ce point de vue, aux paupières, que sur toute autre région du corps.

4° Le seul reproche que je pourrais adresser aux vésicatoires sur le devant de l'orbite, c'est qu'ils disposent d'une manière toute particulière le bord de la paupière supérieure à l'orgelet. Toutefois ce léger accident est encore assez rare, car je ne l'ai observé que quatre fois sur le nombre indiqué plus haut. En outre, comme il ne se montre que vers la fin de la dessication qu'au moment ou l'épispastique a produit sur l'œil tout l'effet qu'on est en droit d'en attendre, je ne sais jusqu'à quel point on doit en tenir compte.

§ II. *Effets avantageux du vésicatoire.*

Voilà pour les inconvéniens. Passons maintenant aux avantages, aux effets thérapeutiques d'un pareil moyen, et commençons par ce que ces effets peuvent avoir de commun dans les différentes maladies de l'œil; nous arriverons ensuite à quelques unes de ces maladies en particulier.

Les effets du vésicatoire sur les paupières sont de deux sortes : les uns immédiats; les autres secondaires.

A. *Effets immédiats.*

S'il y avait de *la douleur* de tête, on reconnait presque toujours qu'elle a diminué, lors de la levée du vésicatoire. Souvent même il n'en existe plus du tout alors. Plusieurs malades se plaignent vivement, il est vrai, mais si on les questionne avec soin, on acquiert bientôt la conviction que leurs souffrances se sont, pour ainsi dire, concentrées à la surface des paupières, qu'il y en a manifestement moins dans l'orbite et dans le reste du crâne qu'auparavant.

L'*infiltration*, le *gonflement* sont cutanés, tantôt très-prononcés, tantôt légers, tiennent l'œil fermé, et la phlogose de la peau empêche de pouvoir écarter les bords palpébraux l'un de l'autre. Aussi est-il assez difficile, dans ces premiers momens, de reconnaître l'état des parties sous-jacentes. Avec de l'insistance et quelques précautions on y parvient cependant. Dans ce cas on constate :

1° Que la photophobie et le larmoiement sont moindres;

2° Qu'il en est de même de la rougeur et de l'épaississement de la conjonctive oculaire;

3° Que les ulcères tendent à se déterger, à se modifier;

4° Que le trouble, la suffusion de la cornée et de l'humeur aqueuse commencent à diminuer, ou, au moins qu'ils n'ont pas fait de progrès;

5° Que la même chose a lieu pour la suppuration et les épanchemens de matière purulente ou de lymphe concrescible;

6° Que l'état général du sujet s'est amélioré, et que tous les symptômes de réaction se sont amoindris.

B. *Effets consécutifs.*

Dans quelques cas, que j'indiquerai tout à l'heure, les effets du vésicatoire se bornent à ceux que je viens de signaler; dans les autres, une série de changemens favorables ne tarde pas à se produire, et de manière que l'amélioration augmente encore le cinquième, le sixième et même le huitième jour. C'est à tel point que le mieux ne devient tout à fait manifeste qu'à partir du moment où la plaie du vésicatoire commence à se dessécher franchement.

Le plus remarquable et le plus important, tout à la fois, de ces changemens, est celui qui concerne le trouble des milieux transparens de l'œil. J'ai constamment vu ce trouble, pris à l'état aigu, diminuer sous l'influence du vésicatoire, mais diminuer d'une manière véritablement surprenante, que la lymphe soit déposée au fond d'un ulcère, dans l'épaisseur de la cornée, épanchée sous forme d'hypopyon commençant ou d'onglet dans la chambre antérieure; qu'elle soit rassemblée en masse ou en plaques, elle ne s'en dissout pas moins comme par enchantement, et de telle sorte que la clarification de la cornée ou de l'humeur aqueuse semble être le but spécial du vésicatoire.

Un autre effet presque aussi constant que le précédent, mais qui n'est pas aussi prompt, est l'extinction de la phlegmasie dans la conjonctive, puis dans la cornée. S'il y a chémosis, on voit d'abord la membrane perdre un peu de son épaisseur, de son boursoufflement; puis de sa teinte, et de sa vascularisation; ensuite elle pâlit tout à fait, principalement en haut, puis en bas, et enfin vers les angles oculaires. L'anneau radié du pour-



tour de la cornée s'efface ou disparaît en second lieu, s'il n'y a ni ulcère, ni taches, ni altération indélébile dans le tissu de la tunique vitrée de l'œil. Du reste, la crainte de la lumière et l'écoulement des larmes diminuent à peu près dans la même progression. J'ajouterai néanmoins qu'une fois modifiés, les ulcères de la cornée se comportent ensuite comme de coutume, et que d'autres moyens peuvent être nécessaires pour en hâter la cicatrisation.

Il résulte de ces détails, que le vésicatoire sur le devant de l'orbite ne convient pas également dans tous les genres d'ophthalmies ; qu'il est surtout efficace en favorisant la dissolution ou la résorption des matières qui tendent à obscurcir la cornée ou les humeurs diaphanes de l'œil, et que son emploi est encore indiqué dans les inflammations aiguës, étrangères aux paupières, ou qui ont pour siége quelques-unes des tuniques oculaires, ou les divers tissus contenus dans l'orbite. Une revue des affections que j'ai combattues par ce moyen, va nous montrer jusqu'à quel point de semblables conclusions sont justifiées par l'étude des cas particuliers.

Kératite ancienne.—Lorsque des vaisseaux nombreux se sont développés dans le tissu de la cornée, et que cette membrane est comme villeuse à sa surface, sans avoir perdu complétement sa transparence, la maladie est ordinairement tellement ancienne, et d'une si grande ténacité, qu'on ne doit rien, ou presque rien attendre du vésicatoire volant. C'est par cette maladie cependant que j'en ai commencé l'usage. Un des malades eut deux vésicatoires sur chaque œil, à dix jours d'intervalle. Il en résulta une amélioration immédiate assez prononcée chaque fois, mais qui ne se maintint pas, et qui ne fut suivie d'aucun mieux secondaire notable. Comme cet homme avait en même temps un boursoufflement granuleux énorme dans la conjonctive palpébrale, son observation ne paraîtra peut-être pas assez concluante ; mais le sujet de l'observation III, qui n'avait point de blépharite, dont la cornée était tout aussi malade, et sur les paupières duquel j'ai appliqué quatre vésicatoires, comme dans le cas précédent, n'en ayant pas retiré de meilleurs effets, j'ai considéré la question comme jugée, et n'ai plus employé depuis le vésicatoire dans les simples vascularisations de la cornée.

Kératite aiguë. — Les phlegmasies aiguës de la cornée ont toutes été modifiées avantageusement par l'emploi du vésicatoire. Il en est quelques-unes néanmoins dont il ne fait disparaître que certains symptômes, ou qu'il n'empêche pas de reparaître bientôt. C'est ce qu'on voit dans l'observation II. Chez cette jeune fille, la kératite, quoique ancienne, était de temps en temps fort aiguë. La cornée n'était ni dégénérée, ni profondément vascularisée ; mais elle se couvrait souvent de petits abcès ou d'ulcères, et les voies lacrymales, ainsi que le nez, étaient le siége d'une inflammation chronique, que rien n'avait pu dompter. Le premier vésicatoire eut un succès qui me surprit, mais la maladie revint et ne fut que légèrement améliorée par le second. Ici l'affection de l'œil me parut être sous l'influence de la constitution évidemment scrophuleuse du sujet.

Une autre femme, prise de kératite depuis huit mois et d'une photophobie telle, que, pendant tout ce temps, il ne lui avait pas été possible d'écarter les paupières, excepté le soir, obtint du vésicatoire une amélioration plus durable. Seul, il mit la malade en état de supporter le contact de la lumière, sans être aussitôt tourmentée de larmoiement et d'éternuement répétés. La rougeur et les autres caractères de l'ophthalmie aiguë se dissipèrent aussi en grande partie sous son influence ; mais la cornée conserva l'aspect terne de son centre et la vascularisation périphérique qu'elle avait auparavant. Dans ce cas encore, l'altération des tissus était trop profonde et trop ancienne pour que le vésicatoire put en triompher. Nous verrons, en avançant, que l'action de ce moyen n'a guère de prise en effet que sur des phénomènes moins invétérés ou des changemens organiques moins persistans. Aussi remarque-t-on, dans l'observation XXVII, qu'il est parvenu à éteindre complétement la kératite aiguë sur un œil qui offrait de nombreuses traces d'ancienne kératite chronique, tout en laissant intacts les stigmates morbides antérieurs. Douleur, larmoiement, photophobie, injection de la conjonctive, rougeur de la sclérotique, suffusion, teinte verdâtre de la cornée ; tous les symptômes récens enfin ont disparu en effet ; mais les albugo, les cicatrices, les bosselures préalables du devant de l'œil sont restés avec leurs caractères primitifs.

Kératite traumatique. —L'incision de la cornée, dans l'opération de la cataracte par extraction, donne lieu à différentes sortes d'inflammations. Tantôt il n'en résulte qu'une espèce d'ophthalmie catarrho-rhumatique, sans menace d'opacité, ni de suppuration. D'autres fois, au contraire, le lambeau de la membrane divisée se boursouffle, jaunit et subit rapidement la fonte purulente. Je n'ai encore essayé le vésicatoire qu'une fois dans le premier cas ; j'en ai fait usage cinq fois dans le second. Le résultat me permet de conclure que les effets seront différens selon que la cornée seule tend à suppurer ou que tout l'intérieur de l'œil menace de se fondre. Si le mal ne comprend que la cornée, le vésicatoire volant l'arrête, l'empêche de pénétrer au-delà de l'iris, en réprime la suppuration et restreint ainsi manifestement l'opacité, qui, sans cela, manque si rarement de s'étendre jusqu'au devant de la pupille. En preuve de ces assertions, j'invoquerai d'abord l'observation IV, puis l'observation VII. Pour ceux qui savent comment procède la fonte de la cornée après l'opération de la cataracte, il sera au moins très-probable que, sans les vésicatoires sur les paupières, les deux yeux de cette femme se fussent complétement obscurcis, et qu'il en eut été de même de celui de l'homme, dont l'iris a fini par retrouver une partie de sa mobilité. L'observation V et l'observation IX prouvent que, si l'inflammation occupe en même temps la chambre postérieure, le vésicatoire ne suffit pas plus que les autres moyens journellement employés pour empêcher la suppuration de s'emparer de l'intérieur de l'œil. Cependant comme il n'a été mis en usage ici qu'à dater du moment où cette suppuration était déjà très-avancée, et comme l'organe a fini

par conserver sa forme au lieu de s'atrophier, ainsi qu'on l'observe souvent en pareil cas, on n'est peut-être pas en droit, même alors, d'en contester l'utilité.

Lorsque la cornée s'enflamme par suite d'une division qui n'en comprend pas toute l'épaisseur, le vésicatoire est d'une efficacité remarquable, toutes les fois qu'elle tend à s'infiltrer du pus ou de matières plastiques, à perdre sa transparence; l'observation XVI en est la preuve. Une pierre était tombée de haut sur l'œil de cet homme, dix jours auparavant; l'inflammation n'avait pas cessé de s'aggraver malgré le traitement antiphlogistique. Il y avait douleur vive dans tout l'orbite, insomnie et mouvement fébrile. Un chémosis livide entourait la cornée qui était verdâtre partout, et dont les lames antérieures avaient été détruites dans l'étendue de trois lignes verticalement et d'une ligne et demie transversalement, vis-à-vis de la pupille. Une plaque d'un blanc jaunâtre, complétement opaque, qui en aurait facilement imposé pour une cataracte, existait dans les lames du fond de la plaie, de manière à cacher en entier la prunelle. L'humeur de la chambre antérieure était aussi sensiblement troublée. Eh bien! le vésicatoire appliqué sur-le-champ, au milieu de semblables conditions, a fait cesser immédiatement les accidens généraux. Tous les symptômes d'inflammation locale ont aussi commencé à diminuer dès le lendemain; la rougeur, le boursoufflement de la conjonctive, la matière opaque épanchée dans l'épaisseur de la cornée, étaient plus de moitié moindres le quatrième jour. Un second vésicatoire a dissipé le reste des accidens et tellement activé la cicatrisation de la plaie, que le malade a pu sortir de l'hôpital six jours après avec un simple nubécule.

Kératite avec hypopion. — Quand du pus se dépose dans la chambre antérieure ou derrière la cornée, sous forme de flocons ou de demi-lune, le vésicatoire produit les mêmes effets que dans le cas précédent; mais la terminaison définitive du mal peut amener des différences dont il est bon d'être prévenu. Si la pupille n'est pas contractée, si l'iris n'est pas le siége d'une inflammation chronique, que la cornée soit d'ailleurs ulcérée ou non, l'œil se clarifie bientôt, l'inflammation tombe peu à peu, et la vision finit par se rétablir en entier, à moins que quelque tache ne se fixe au-devant de la prunelle. J'ai vu se dissiper ainsi les kératites les plus intenses sans laisser de trace, quoiqu'un dépôt opaque, jaune, occupât le cinquième inférieur de la chambre antérieure, ou que la cornée fut comme infiltrée d'une matière semblable dans plus de la moitié de sa circonférence.

Quand il y a en même temps iritis ou quelque phlegmasie dans la chambre postérieure, la résorption de la matière purulente et le rétablissement de la diaphanéité des milieux transparens, s'opèrent encore quelquefois; mais les phénomènes inflammatoires qui s'amoindrissent, qui cèdent même en grande partie, le plus souvent, ont une certaine tendance à revenir, et l'iris ou quelque autre membrane interne manque rarement alors de l'altérer au point d'éteindre ou au moins d'affaiblir considérablement la vision. C'est ce que démontre très-bien en particulier l'observation XV. L'observation qui appartient à cette catégorie n'en est pas moins une de celles qui font le mieux ressortir l'action bienfaisante du vésicatoire. Tous les traitemens possibles avaient été vainement employés depuis dix mois; une nouvelle exacerbation, accompagnée d'un commencement d'hypopion, me décide à essayer le vésicatoire. L'épanchement du pus s'arrête sur-le-champ, et disparaît en trois jours; l'inflammation se dissipe en même temps, et l'œil est bien pendant quinze jours, qu'une guérison prochaine paraît évidente: alors survint une recrudescence semblable à la première. Le vésicatoire en triompha de nouveau. Les accidens reparaissent une troisième fois après le même laps de temps et sont encore conjurés par le vésicatoire; enfin une quatrième récidive a lieu, et l'épispastique, qui ne la calme qu'incomplétement, est ensuite abandonné, attendu que l'hypopion ne semble plus à craindre, et que l'ophthalmie interne qui persiste pourrait bien tenir à la présence dans l'œil du fragment de capsule, cause première de la maladie.

Je dis que ce cas est un des plus concluans parce que les accidens qui se sont reproduits quatre fois avec la même intensité et les mêmes caractères ont constamment cédé de la même manière, au même moyen, chez le même individu, quoiqu'ils fussent évidemment entretenus par une cause que rien ne pouvait atteindre et qui se maintenait dans l'œil.

Ainsi, dans les ophthalmies internes, le vésicatoire tend à clarifier les humeurs, à dissiper les épanchemens, les infiltrations de pus ou de lymphe, qu'ils aient lieu, soit dans l'iris, soit dans la capsule du cristallin, soit dans le corps vitré, soit dans l'humeur aqueuse. Il concourt en outre à résoudre l'inflammation, à éteindre la souffrance; mais il n'empêche ni la coarctation de la pupille, ni les adhérences de l'iris, ni la synéchie soit antérieure, soit postérieure, ni une foule d'autres changemens organiques profonds, qui mettent bientôt un obstacle invincible à la perception des images.

Kératite ulcéreuse. — Les abcès, les ulcères à fond et à circonférence opaques de la cornée résultent tous d'une kératite plus ou moins intense et plus ou moins générale. Le vésicatoire leur convient d'autant mieux que la kératite est plus aiguë et l'extension de la suppuration plus imminente: ses effets sont les mêmes que dans la kératite traumatique. La suffusion, les flocons, les plaques grises ou jaunâtres se raréfient et disparaissent par degrés; les ulcères se mondifient, se détergent, et suivent ensuite leur marche accoutumée. La vascularisation de la conjonctive et de la sclérotique se restreint aussi de plus en plus, sans se dissiper tout à fait cependant, jusqu'à la cicatrisation définitive des ulcères.

Si les ulcères ne sont garnis de lymphe plastique ou de matière purulente, ni à leur pourtour, ni dans leur fond, le vésicatoire n'a plus d'opacité à dissoudre, mais il en borne les progrès, les empêche de creuser le tissu de la cornée, en excite la cicatrisation et agit de la

même façon que précédemment sur l'inflammation : on aurait tort alors d'en attendre d'autres bienfaits. Ce sont donc les ulcères aigus, les exulcérations rampantes, les ulcères brûlans de la cornée, tels que je les ai décrits ailleurs (1) qui peuvent en retirer le plus de succès sous ce rapport.

Kératite aiguë simple. — Dans les ophthalmies qui ont le tissu fibro-séreux de l'œil pour siége, c'est-à-dire dans les ophthalmies rhumatiques, les effets du vésicatoire sont plus complets encore que dans aucun des cas indiqués jusqu'ici, quelle que soit l'intensité de l'inflammation, tant que les altérations de la cornée se réduisent à de la suffusion, à une simple teinte verdâtre. Nul topique ne jouit d'une aussi grande efficacité en pareil cas. Le mal est comme étouffé sous le vésicatoire et disparaît ordinairement en entier avec un ou deux épispastiques dans l'espace de huit à quinze jours.

L'ophthalmie catarrho-rhumatique, c'est-à-dire l'inflammation combinée de la conjonctive oculaire et de la coque de l'œil lui résiste encore moins. Il en fait habituellement justice en quatre, six ou huit jours, de sorte qu'il est inutile d'en appliquer successivement plusieurs. L'histoire du malade qui fait le sujet de l'observation XXIV est une des plus curieuses que j'ai recueillies sous ce point de vue. Nous avions essayé saignées, sangsues, purgatifs, topiques émolliens, collyres divers, sans résultat appréciable. Nous restâmes quatre jours dans l'expectation pure, pendant lesquels la phlegmasie parut encore augmenter. Un vésicatoire fut appliqué sur l'œil droit seulement, parce qu'il était le plus malade, et afin de comparer la marche de l'inflammation sous l'épispastique avec celle de l'organe non traité. Dès le troisième jour, les accidens étaient manifestement moindres à droite qu'à gauche. Ils ont continué de s'éteindre ensuite sans interruption du côté du vésicatoire, tandis que l'œil gauche s'est maintenu exactement dans le même état qu'auparavant. Ce fait étant bien constaté, je n'ai plus hésité à traiter le côté gauche par le même moyen, et le succès a été en tout semblable. Il n'a fallu qu'un vésicatoire et huit jours de chaque côté pour enlever jusqu'à la dernière trace d'une ophthalmie qui s'annonçait avec des caractères fort alarmans. On n'oubliera point en outre que ce malade éprouvait de violentes douleurs de tête, un mouvement fébrile, de l'embarras dans les voies digestives, et qu'il semblait être sous l'influence d'anciennes infections syphilitiques négligées.

Ce que le vésicatoire produit dans les ophthalmies catarrho-rhumatiques, arrive plus promptement encore peut-être dans les ophthalmies purement catarrhales de la conjonctive oculaire. Il n'est pas plutôt appliqué alors que l'inflammation commence à rétrograder, et, quelquefois, elle est complétement éteinte avant qu'il ne soit tout à fait sec. Si je n'y ai eu recours qu'un si petit nombre de fois en semblable circonstance, c'est que la solution de nitrate d'argent et quelques autres collyres permettent aussi de guérir très-vite la plupart de ces ophthalmies, et que, par conséquent, je ne me suis pas souvent trouvé dans la nécessité d'invoquer la puissance d'un moyen aussi énergique, aussi contraire à nos habitudes thérapeutiques.

Je n'ai point encore employé le vésicatoire dans le cas de blépharite, mais la distribution des vaisseaux me porte à penser qu'il ne convient ni à l'inflammation des follicules de Meibomius, ni à la psorophthalmie, ni aux autres phlegmasies chroniques de ces parties. Ce n'est guère que dans la conjonctivite que j'oserais le prescrire.

Peut-être devrait-on l'essayer aussi dans le cas de cataracte commençante, surtout chez les jeunes sujets. Sous ce point de vue, je ne possède encore aucun fait, et mes présomptions ne se fondent, jusqu'à présent, que sur l'action *clarifiante* ou dissolutive du topique dont il s'agit. J'ajouterai toutefois que je l'ai tenté sur un malade, et que le résultat est resté douteux. Le cristallin semblait avoir été broyé par commotion sous l'influence d'un coup de tige verte de buisson porté sur la cornée. Quelques flocons opaques se voyaient dans la chambre antérieure, et d'autres semblaient comme collés à la face postérieure de la cornée, en même temps qu'une cataracte traumatique occupait toute la pupille. Le mal ne datait que de trois semaines. Aucune inflammation n'était survenue. Un vésicatoire fut appliqué. L'œil devint un peu rouge pendant quelques jours, et reprit ensuite son état primitif. Au bout de huit jours, les flocons libres commencent à s'éclaircir ; ils ont fini par disparaître tout à fait. Le contour de la pupille s'est aussi dégagé. En moins de trois semaines, la vision, qui était d'abord nulle, s'est considérablement améliorée ; mais ces changemens peuvent-ils être attribués au vésicatoire ? (*Voyez* Obs., tome IX, 2e série).

A. Velpeau.

Des suppositoires stibiés comme moyen de rappeler la fluxion hémorrhoïdale.

Les médecins des siècles passés ont peut-être trop exagéré l'importance du rôle que jouent les hémorrhoïdes dans l'ordre pathologique ; ceux de notre temps son tombés dans l'excès contraire.

On ne peut nier que la suppression d'un flux hémorrhoïdal habituel ne soit pour les hommes une cause de troubles généraux presque aussi graves que la suppression du flux menstruel chez la femme. On admet encore assez généralement que chez certaines personnes qui ont, non plus régulièrement, mais à des époque indéterminées, une fluxion ou un flux hémorrhoïdal l'apparition de ce phénomène pathologique est suivie d'un état de bien-être général, tandis que la santé reste longtemps incertaine et chancelante, si les hémorrhoïdes se montrent beaucoup plus tard qu'à l'ordinaire.

L'observation démontre aussi que les personnes qui

(1) *Dict. de méd.*, 2e édit., art. Cornée.



ont eu longtemps des hémorrhoïdes, souffrent en général si cette fluxion cesse tout à fait de se manifester.

Il en résulte que souvent se présente l'indication de rappeler la fluxion hémorrhoïdale.

Beaucoup de moyens ont été conseillés pour sastisfaire à cette indication.

Les bains locaux, les pédiluves sinapisés, les sangsues au siége, les douches dirigées vers la partie inférieure du gros intestin, les purgatifs et entre autres la rhubarbe et l'aloès, les lavemens irritans, et enfin les suppositoires aloétiques et les ventouses au siége.

De tous ces moyens, que nous avons employés, un seul nous a réussi d'une manière bien évidente : ce sont les ventouses. Cette médication, déjà conseillée par Troka, reprise par Montègre (*Diction. des sciences médicales*, tom. XX, pag. 604), était tout à fait oubliée, quand un élève de la Faculté de médecine de Paris la remit en honneur, et je pus être témoin des expériences qu'il fit sur lui-même (1).

Il avait eu des hémorrhoïdes jusqu'à l'âge de vingt ans, et sa santé avait toujours été bonne. Cette fluxion ne s'étant plus remontrée, il devint sujet à des douleurs d'estomac très-vives et à des troubles digestifs continuels. Il consulta M. Andral, dont il suivait la visite à l'hôpital de la Pitié, et ce praticien mit en œuvre tous les moyens conseillés par les auteurs pour rappeler les hémorrhoïdes. Rien ne réussit, et la maladie intestinale restait stationnaire. Le jeune malade eut alors l'idée de se faire appliquer une ventouse au siége. Pendant cette application, le pourtour de l'anus se couronna de tumeurs hémorrhoïdales qui, pendant huit jours, restèrent tuméfiées et douloureuses. A partir de ce moment, la santé se rétablit. Un mois plus tard, il commença à éprouver un léger retour des accidens gastriques ; et un jour qu'il suivait ma visite à l'hôpital, il me parla du succès qu'il avait obtenu un mois auparavant, des souffrances qu'il ressentait maintenant, et m'offrit d'être témoin de la prompte apparition des hémorrhoïdes sous l'influence de la ventouse. J'acceptai sa proposition avec empressement, et à l'instant même je le fis mettre sur le lit d'un malade, et, en présence de plus de quarante témoins, docteurs ou élèves en médecine, je fis appliquer une ventouse sur le fondement. Une minute ne s'était pas écoulée que déjà apparaissaient des tumeurs qui prirent un rapide accroissement, et qui, réunies, pouvaient avoir le volume d'un petit œuf de pigeon, dix minutes après l'application de l'instrument. Le même moyen fut renouvelé le lendemain, et la fluxion hémorrhoïdale dura encore pendant une semaine et fut encore suivie de la cessation des accidens gastriques.

M. Andral vit également ce jeune médecin, et comme moi il peut témoigner de l'inconcevable rapidité avec laquelle se gonflaient ces tumeurs hémorrhoïdales.

(1) Je regrette d'autant plus vivement de ne pas me rappeler son nom, qu'il m'avait remis une note à ce sujet, pour être insérée dans ce journal. Cette note a été égarée.

Depuis cette époque, je n'ai eu qu'une fois l'occasion d'appliquer localement les ventouses pour rappeler les hémorrhoïdes. C'était chez une femme atteinte de rhumatismes erratiques qui me semblaient devoir être attribués à la suppression d'un flux hémorrhoïdal habituel. Je parvins bien à faire gonfler les vaisseaux hémorrhoïdaux sous l'influence de la ventouse, mais les tumeurs disparaissaient peu après l'application de l'instrument.

Ce qui m'a empêché d'y recourir plus souvent, c'est d'une part, que les malades et surtout les femmes répugnent singulièrement à l'emploi d'un pareil remède ; et d'autre part, que j'en ai imaginé un beaucoup plus simple et dont l'emploi ne peut jamais être l'objet d'une sérieuse objection ; je veux parler des *suppositoires stibiés*.

Comme les suppositoires aloétiques ne m'avaient jamais réussi, je pensai qu'en y mettant au lieu d'aloès l'un des agens irritans les plus énergiques, j'arriverais plus facilement au but que je me proposais. Or, le tartre stibié appliqué localement sur la peau ou sur les membranes muqueuses, provoque ordinairement une fluxion inflammatoire puissante et persistante, c'est ce qui me fit préférer ce médicament.

J'incorpore donc à un suppositoire de beurre de cacao ou de suif, pesant un gros, de deux à six grains de tartre stibié. Le suppositoire introduit au delà du sphincter de l'anus fond promptement, et le tartre stibié reste en contact avec les membranes muqueuses jusqu'à ce qu'il provoque une vive irritation locale et l'espèce de ténesme qui en est la conséquence nécessaire.

Quand le suppositoire ne contient qu'un grain ou même un demi-grain d'émétique, on peut le conserver pendant douze heures, sans éprouver le besoin d'aller à la selle ; mais quand on a mis une dose suffisante, deux, quatre grains et même davantage, les malades ressentent une cuisson d'abord légère, puis brûlante et accompagnée bientôt de battemens douloureux dans le siége, avec besoin fréquent d'aller à la garde-robe, les pulsations artérielles augmentent en même temps que le pourtour de l'anus se gonfle, et qu'apparaissent quelques pustules semblables à celles que le tartre stibié détermine sur la peau ; on voit surgir des tumeurs bleuâtres, dures, douloureuses, et laissant quelquefois transsuder une grande quantité de sang lorsqu'on fait de grands efforts pour aller à la selle. Ce sont de véritable tumeurs hémorrhoïdales, parfaitement distinctes chez ceux qui en ont déjà, et seulement apparentes chez ceux qui n'en ont jamais eu.

J'ai souvent conseillé ce moyen, soit dans des consultations, soit dans ma pratique particulière, soit à l'hôpital. Je n'ai tenu note que de six malades sur lesquels je l'ai mis en usage. Chez cinq d'entre eux, la fluxion hémorhoïdale s'établit ; chez le sixième qui n'avait jamais eu d'hémorrhoïdes, je ne pus amener le développement de véritables tumeurs hémorrhoïdales.

Je rapporterai succinctement ces six observations, parce qu'elles offrent quelque intérêt pratique.

Ire Obs.—Un homme de trente-six ans avait eu des hé-

morrhoïdes fluentes jusqu'à l'âge de trente-quatre ans ; la fluxion hémorrhoïdale revenait à des époques indéterminées et à peu près quatre ou cinq fois par an. Elle ne durait chaque fois pas moins de quinze jours. Il prit un rhume qui me sembla d'abord n'avoir aucune gravité ; mais pendant que le catarrhe durait encore, il survint une hémoptysie et les hémorrhoïdes ne se montrèrent plus. Cependant le rhume persista, des hémoptysies se répétaient et persistaient pendant plusieurs jours sans qu'aucune médication parût les arrêter. Bientôt se manifestèrent des signes de phthisie pulmonaire, et le malade se décida à entrer à l'Hôtel-Dieu.

Amaigrissement notable, pas de fièvre hectique. Résonnance moindre du sommet du poumon droit en avant et en arrière ; bruit inspirateur presque nul ; bruit expirateur très-fort ; un peu de bronchophonie ; râle sous-crépitant assez nombreux. Quelques craquemens humides. Pas de pectoriloquie.

Expectoration mucoso-puriforme, nummulée, souvent mêlée de stries de sang.

Peu d'appétit ; pas d'autre trouble du côté du tube digestif.

C'étaient là des signes de la tuberculisation commençante du poumon. Toutefois, ayant égard à la suppression des hémorrhoïdes, je pensai que peut-être il existait dans les organes respirateurs une fluxion jusqu'à un certain point analogue à celle qui se portait naguère vers les vaisseaux du bassin. Je résolus donc de rappeler les hémorrhoïdes. Je fis appliquer un suppositoire avec un gros de beurre de cacao et deux grains de tartre stibié. Il survint une vive cuisson au pourtour de l'anus, et, la nuit suivante, apparurent des tumeurs hémorrhoïdales volumineuses qui persistèrent pendant six jours et fluèrent abondamment. Il s'ensuivit une amélioration extraordinaire dans des symptômes thoraciques, l'expectoration cessa complétement d'être ensanglantée ; elle diminua beaucoup, et, quinze jours après, il ne restait qu'un peu de toux et un peu de faiblesse du bruit respiratoire.

Peu après, le flux hémorrhoïdal reparut sans avoir été sollicité, et les accidens qui s'étaient manifestés du côté de la poitrine se dissipèrent complétement.

Certes, je ne crois pas avoir guéri une phthisie pulmonaire, mais seulement une congestion persévérante du poumon, qui probablement eût fini par amener la tuberculisation.

IIe *Observation.* — Un cuisinier, âgé de cinquante ans, entrait à l'Hôtel-Dieu en septembre 1834, pour y être traité d'une maladie chronique de l'estomac. Cet homme nous racontait que trois ans auparavant il avait vu se supprimer un flux hémorrhoïdal qui revenait tous les mois. Depuis lors, il avait perdu l'appétit ; le peu qu'il mangeait donnait lieu à de vives douleurs épigastriques, une constipation opiniâtre était survenue. Vainement on avait employé les émissions sanguines locales, les opiacés, les laxatifs, l'eau de Vichy, la magnésie. Je pensai qu'avant tout il fallait rappeler la fluxion hémorroïdale et rétablir le flux s'il était possible. Dans ce but, je fis appliquer un suppositoire avec deux grains de tartre stibié pour un gros de beurre de cacao. Le premier suppositoire donna lieu à un peu de diarrhée et de ténesme ; mais il n'apparut aucune tumeur ; le second, qui fut appliqué le lendemain, et dans la composition duquel je fis entrer trois grains d'émétique, causa une vive douleur à l'anus, et, le troisième jour à la visite, nous pûmes voir des tumeurs hémorrhoïdales très-grosses et très-douloureuses. Ces tumeurs restèrent gonflées sans fluer pendant plusieurs jours, sans qu'il fût nécessaire d'appliquer un nouveau suppositoire. Il s'ensuivit une amélioration peu considérable, mais pourtant sensible dans la santé de notre malade. Un mois après, une nouvelle application de suppositoires rappela une nouvelle fluxion, et en même temps les garde-robes devinrent sanglantes. Cette éruption hémorrhoïdale persista pendant six jours, et cessa. La santé du patient devint alors beaucoup meilleure, et l'usage des eaux de Vichy continué pendant trois semaines acheva de consolider la guérison.

Je n'ai jamais revu les deux malades dont je viens de rapporter l'observation, de sorte qu'il m'est impossible de dire dans quel état ils sont aujourd'hui.

IIIe *Observation.* — Une femme de quarante ans était atteinte d'un rhumatisme vague opiniâtre : je pensai qu'en provoquant des hémorrhoïdes j'obtiendrais quelque amendement, j'appliquai deux suppositoires stibiés. Des tumeurs parurent, durèrent pendant deux jours et flétrirent. Le rhumatisme ne fut en rien amélioré.

Cette observation, sans valeur apparente, prouve pourtant que l'on peut déterminer des hémorrhoïdes chez ceux même qui n'en ont jamais eu.

IVe *Observation.* — Un jeune homme de trente ans prit une blennorrhagie ; traité et guéri par les émolliens et les balsamiques, il éprouva bientôt tous les symptômes de la vérole constitutionnelle. Le voile du palais était détruit par un vaste ulcère ; les fosses nasales, le larynx lui-même, n'étaient pas exempts d'altération. Les pilules de proto-iodure de mercure, les bains de sublimé, les cautérisations locales avec le nitrate acide de mercure amendèrent les accidens ; il restait une céphalée opiniâtre. Comme le malade avait eu jadis des hémorrhoïdes fluentes, qui revenaient plusieurs fois chaque année, et que depuis un an il n'en avait éprouvé aucun ressentiment, je fis appliquer deux jours de suite un suppositoire stibié. Des tumeurs hémorrhoïdales reparurent qui fluèrent même avec abondance ; il n'en résulta aucun soulagement.

Ve *Observation.* — Pendant que je faisais à l'hôpital des Cliniques le service de M. le professeur Rostan, en septembre 1835, il entra un homme de quarante-cinq ans, atteint d'une hépatite sub-aiguë des plus graves. La suffusion ictérique était très-prononcée ; déjà existait un épanchement dans le péritoine et dans le tissu cellulaire des membres pelviens. Comme il y avait en même temps beaucoup de fièvre, je fis faire une saignée du bras qui ne soulagea pas, et on appliqua sur l'hypocondre droit et au siége des sangsues qui ne procurèrent aucune amélioration.

Ce malade avait eu, dans sa vie, trois ou quatre atta-



ques d'hémorrhoïdes. Sachant combien les praticiens des temps modernes attachaient d'importance aux hémorrhoïdes, surtout dans les maladies du foie, je résolus d'appliquer des suppositoires stibiés dans le but de provoquer, vers les vaisseaux du bassin, une dérivation qui pourrait être salutaire.

Cette application réussit en effet, et, le second jour, il survint des tumeurs hémorrhoïdales fort douloureuses qui laissèrent écouler beaucoup de sang. Ce nonobstant, les accidens s'accrurent avec une effrayante rapidité, et le malade mourut.

VIe *Observation.* — M. R., âgé de cinquante-deux ans, avait eu toute sa vie des saignemens de nez qui revenaient plusieurs fois par mois. Son père, qui vient de mourir à quatre-vingt-deux ans, avait eu, jusqu'à sa mort, des hémorrhoïdes qui fluaient régulièrement tous les mois.

Les épistaxis s'étaient supprimées depuis trois ans, et deux ou trois fois chaque année, mais surtout au printemps, il éprouvait des maux de tête et une excitation cérébrale qui ressemblait assez bien à l'exaltation qui signale le commencement de l'ivresse. Des applications de sangsues au siége modéraient assez bien les accidens, mais ils revenaient bientôt, et me donnaient de sérieuses inquiétudes. La régularité de la fluxion hémorrhoïdale du père du malade me fit penser que j'aurais grand avantage à appeler vers le rectum une congestion mensuelle. Chaque mois, depuis près d'un an, M. R. applique pendant trois jours, le soir, en se couchant, un suppositoire, dans lequel on a mis quatre, cinq et six grains d'émétique. Cette médication provoque une violente irritation et une éruption boutonneuse qui n'est évidemment autre chose qu'une éruption stibiee ordinaire. L'inflammation ne dure que peu de jours.

Quoiqu'il ne soit pas survenu d'hémorrhoïdes proprement dites, les accidens cérébraux n'en ont pas moins été conjurés, et tout porte à croire qu'ils ne reparaîtront plus, si le malade a la patience de continuer l'usage de ce moyen.

Résumons les faits contenus dans cette courte note.

Des suppositoires stibiés ont été appliqués sur six malades, dans le but de provoquer la fluxion hémorrhoïdale. Chez cinq, les hémorrhoïdes ont paru, deux jours au plus tard après l'emploi du moyen. De ces cinq, quatre étaient hémorrhoïdaires; un ne l'était pas. Les quatre premiers ont eu une éruption persistante; chez l'autre, elle n'a duré que deux jours.

Sur un de nos malades il a été tout à fait impossible de provoquer des tumeurs.

De ces six malades, trois ont été guéris, probablement à cause de l'apparition de la fluxion. Un de ces trois a été guéri, bien qu'il ne soit pas survenu de tumeurs hémorrhoïdales proprement dites.

Trois autres n'ont éprouvé aucun soulagement, bien que les hémorrhoïdes se soient rétablies facilement et pleinement.

Il y aurait imprudence à tirer des conclusions générales d'un aussi petit nombre de faits. J'ai voulu seulement faire connaître à mes confrères un moyen thérapeutique à l'aide duquel ils pourront remplir une indication qui se présente quelquefois.

A. Trousseau,
Médecin des hôpitaux, agrégé près la Faculté de médecine de Paris.

Combustion humaine dite *spontanée.*

Le nommé Bernard, dit Larivière, âgé de 73 ans, tailleur d'habits, et sa femme, âgée de 65 ans, sans enfans, l'un et l'autre d'une constitution sèche et sanguine, menant tous deux une vie très-sédentaire, faisaient depuis longtemps un abus continuel et immodéré de boissons spiritueuses. Le 6 de ce mois, à la suite d'une orgie, ils tombèrent dans un état complet d'ivresse et restèrent seuls, depuis sept heures du soir, jusqu'au lendemain, onze heures du matin, instant où ils furent trouvés morts. Informé de cet événement, M. Delaville, procureur du roi, m'invita à l'accompagner pour constater l'état des deux cadavres. Il était trois heures lorsque nous arrivâmes au domicile des époux Bernard, situé en la commune de Surville, et distant d'un quart de lieue environ de Pont-L'évêque. La pièce dans laquelle on nous introduisit était restée fermée; quelques-uns de ses meubles étaient recouverts d'une couche très-légère d'une suie grise, beaucoup plus apparente sur les vitres des deux fenêtres, que partout ailleurs; une forte odeur empyreumatique se faisait sentir, et, sur le pavé, entre une table encore chargée de verres et de bouteilles, qui avaient contenu de l'eau-de-vie, et les cendres d'un foyer éteint, gisaient les jambes de deux cadavres, et une masse informe et charbonnée. De ces quatre parties des extrémités inférieures, deux, appartenant au même individu, étaient recouvertes de bas de laine noire et de chaussures de drap. L'un des bas avait seul été brûlé à sa partie supérieure. Les portions de la peau protégées par ces chaussures, n'étaient que rubéfiées; les tissus sous-jacents étaient flasques, et de profondes incisions pratiquées dans l'épaisseur des muscles n'offraient rien de particulier à noter. A trois travers de doigt au-dessus des genoux, les cuisses étaient réduites en une masse noire, informe et charbonnée. Plus de traces des parties extérieures de la génération; du bassin et des organes contenus dans sa cavité; on ne retrouvait que le bord supérieur de l'os iliaque gauche calciné; au milieu d'un charbon huileux et fétide était enseveli l'ovaire gauche doublé de volume. Au niveau de l'articulation des dernières vertèbres lombaires entre elles, existait une solution de continuité; en cet endroit, le corps s'était séparé en deux, par suite d'une espèce de bascule du torse et des parties supérieures de ce cadavre sur un autre placé sous lui. Delà, un redressement de la partie inférieure de la colonne vertébrale qui, permettant à l'extrémité inférieure de cette tige de brûler à l'air libre, avait produit la calcination de deux ou trois vertèbres. La blancheur de ces os se détachait d'une manière tranchée sur une masse d'un charbon

spongieux et luisant, correspondant à la cavité thoracique, et à ses viscères d'ailleurs complétement détruits. Cet ensemble n'offrait un peu de solidité que du côté de la colonne vertébrale, à laquelle étaient encore attachés quelques fragmens noircis des premières côtes gauches; après quoi, les vertèbres cervicales, calcinées, se terminaient par un renflement blanc, arrondi et inciné qui était le crâne. Cette boîte osseuse était tellement friable, que, dans la tentative faite pour l'enlever, elle se tamisa en quelque sorte entre nos mains. La mâchoire inférieure seule, appuyée sur le pavé, avait conservé plus de consistance.

Sous les restes de ce corps, et formant un X avec lui, étaient étendus les débris d'un second cadavre. Sa jambe gauche, nue, parsemée de vésicules remplies d'un liquide séreux et roussâtre, sur sa face antérieure, était torréfiée jusqu'aux os, dans toute la longueur de sa face postérieure. Elle avait d'ailleurs perdu ses rapports avec le corps dont elle faisait partie, à la suite de tractions exercées sur elle par un chat resté dans la maison, et dont les dents avaient lacéré les muscles jumeaux dans une étendue de quelques pouces. De cette région suintait un liquide gras et dégoûtant. La jambe droite fléchie et arcboutée sur le plancher, était, comme la précédente, nue et profondément torréfiée à sa face postérieure, ainsi que de larges incisions nous l'ont démontré. Toute sa partie antérieure était couverte de larges phlyctènes, ainsi que la plante du pied, quoiqu'elle portât sur le sol par toute sa surface; le coude-pied était fortement infiltré de sérosité. L'articulation du genou droit, malade depuis longtemps, et qui avait déterminé la claudication chez Bernard, était largement ouverte, jaunâtre et desséchée. Le fémur s'était fracturé en biseau deux pouces et demi environ au-dessus de l'articulation fémoro-tibiale. A partir de ce point, pour la cuisse droite et d'un peu plus bas, pour la cuisse gauche, ces deux extrémités n'offraient plus qu'un tas de charbon léger et onctueux. La région pelvienne avait disparu. Arrivés au point d'entrecroisement des corps, et voulant, autant que possible, ménager les parties, nous eûmes quelque peine à détruire des adhérences formées par la combustion plus lente et plus étouffée des corps et des vêtemens en cet endroit. Dans les différentes couches de charbon interposées, et enlevées successivement, il fut aisé pour tous de reconnaître le tissu des étoffes, et jusqu'aux impressions en creux et en relief des mailles d'un tricot. Le poumon droit et le foie avaient été assez protégés par ces enveloppes, et par la superposition du premier cadavre, pour permettre de reconnaître ces organes. Ils avaient perdu environ la moitié de leur volume; leur surface était dure, vernie et cassante; à la coupe, leur densité offrait celle du fromage de Gruyère; néanmoins, la texture du foie était plus serrée et plus homogène que celle du poumon. La colonne vertébrale et les côtes étaient réduites en un charbon plus dense que celui résultant de la combustion des parties molles. Enfin, à un pouce et demi environ de l'âtre, élevé de l'épaisseur d'une brique au-dessus du reste de la pièce, se dressait une tête entière et fuligineuse. La saillie du nez et l'enfoncement correspondant à la cavité des orbites se dessinaient encore. Au moindre choc, cette boîte osseuse nous offrit une cassure nette de plusieurs de ses os, et, au milieu de sa cavité, reposait, sur le grand trou occipital, un corps du volume et de la forme d'un œuf de poule; c'était le cerveau desséché et raccorni.

Des extrémités supérieures de ces deux cadavres nous n'avons retrouvé qu'une portion d'humérus calcinée et longue de quelques pouces, et trois os métacarpiens également calcinés et encore unis entre eux.

Déduction faite du poids des jambes et des pieds qui, à raison d'une altération moindre, ne devaient avoir subi à peu près aucune modification, quant à leur pesanteur, nous avons estimé que les cendres et le charbon, produits de la combustion des autres parties, ne devaient pas dépasser quatre livres.

L'espace de temps pendant lequel cette combustion s'est opérée, n'a pu excéder treize à quatorze heures.

Ces débris, étendus sur un pavé sali d'un liquide puant et gras, étaient encadrés par les objets suivans: 1° Aux pieds, parties les plus éloignées du foyer, une table restée intacte; 2° aux deux têtes, le foyer, sans feu, un garde-cendre et un landier, tombés de l'âtre, et engagés sous la femme, *et entre la tête de cette dernière, et celle du mari, un tison encore enflammé;* 3° à droite rien qu'un sabot; 4° à gauche, et intermédiaires au mur et à l'extrémité inférieure droite du corps de Bernard, une chaise, dont un pied, quatre traverses et le siége en paille, avaient été incomplétement incendiés, et une ruche à miel en cendre. A quelques pouces seulement au-dessus des corps, nous avons retrouvé une balayette en jonc, roussie à peine d'un seul côté, et des allumettes, dont l'extrémité souffrée débordait un sabot qui les contenait.

Ces faits recueillis sous les yeux de l'autorité, bien que dégagés d'une foule de détails qui ne pouvaient intéresser que la justice, paraîtront trop longs sans doute; ils viennent d'ailleurs plutôt confirmer ce que la science sait sur les combustions humaines spontanées, qu'ajouter à ce qui est connu. Les victimes sont encore ici des vieillards, ivrognes et sédentaires; leur corps n'a point été *complétement* réduit en cendres; comme dans la plupart des cas, quelques portions des extrémités ont été épargnées; le feu n'a également brûlé qu'en partie les objets le plus rapprochés; il a même respecté des corps voisins très-combustibles; enfin, cette combustion prompte, a, comme toujours, laissé pour résidu des cendres et du charbon légers et fétides, une suite huileuse et une odeur des plus pénétrantes. Mais ce qui peut différencier cette observation des autres, c'est de reposer à la fois sur deux individus, de sexe différent, et d'ajouter, par là, un fait de plus aux cas beaucoup plus rares de combustion spontanée chez l'homme: c'est d'offrir enfin deux individus placés dans des conditions physiologiques tellement identiques, que la combustion les atteint, tous deux, au même degré, et dans les mêmes parties, comme, dans d'autres, elle les anéantit, sans laisser de traces.

JOLY D. M. P.

REVUE MÉDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

OCTOBRE 1836.

Mémoire posthume et inédit sur la névralgie rhumatismale aiguë de la vessie; par M. Léveillé, Médecin de l'Hôtel-Dieu de Paris. — Lu à l'Institut, dans les séances des 20 et 27 juin 1814.

L'appareil urinaire est simple et peu compliqué, ses rapports avec les parties voisines sont faciles à saisir par cela même qu'ils sont limités. Dès lors, on est tenté de croire qu'il est très-aisé d'acquérir la connaissance parfaite des maladies de la vessie, pourvu qu'on ait quelques notions précises sur l'anatomie de cet organe. L'expérience m'a convaincu du contraire en ce qui concerne quelques douleurs atroces et prolongées, sur lesquelles nous ne possédons presque aucune observation particulière.

Ce travail, qui a pour objet spécial la *névralgie rhumatismale aiguë de la vessie*, est divisé en deux parties : la première se compose de quelques observations pratiques ; la seconde est relative au diagnostic de cette maladie, à son pronostic, aux indications et à la méthode curative.

PREMIÈRE PARTIE. *Observations.*

Obs. I. — M. Coq Villen., âgé de quarante-trois ans, d'une forte constitution, suit habituellement un régime de vivre très-doux, et exerce une profession de négociant qui le fatigue peu.

A l'âge de quinze ans, il fut opéré de la taille par M. Louis, et il a joui depuis d'une santé parfaite jusqu'au commencement du printemps de l'an 1804.

Ce fut à cette époque qu'il se plaignit de chaleurs et de pesanteur au rectum et à toute la région du périnée. Douze sangsues appliquées à l'anus, l'exposition à la vapeur de l'eau chaude, opérèrent une forte saignée qui fut très-bien supportée. On fut trompé sur le soulagement qu'on espérait, des douleurs vives se firent sentir à l'hypogastre, au col de la vessie, au pli des aines et à toute cette partie des cuisses dont les tégumens se continuent avec ceux du scrotum. La mort ayant atteint le médecin de ce malade, je fus appelé. J'observai des envies fréquentes d'uriner, des douleurs atroces chaque fois que le besoin s'en faisait sentir, des efforts violens sur le périnée pour l'émission d'une quantité de liquide à peine capable de remplir une cuillère. A la chaleur, à la pesanteur des parties, se joignaient des battemens et des élancemens insupportables. Durant la journée, il y avait plus de calme ; mais le soir, une sorte d'exacerbation se prononçait ; les souffrances plus vives et continuelles ne permettaient ni de garder le lit, ni de rester assis ; l'anxiété était extrême ; et ce n'était que vers le matin qu'une remission sensible, ainsi que la fatigue, provoquaient à prendre un peu de repos. Après un calme d'une, de deux ou trois heures au plus, tout à coup le besoin pressant d'uriner forçait de se lever brusquement. Les douleurs étaient alors très-violentes, jusqu'à ce que le fluide commençât à couler, ce qui n'avait pas lieu avant de grands efforts de deux ou trois minutes.

Dès que les urines coulaient, c'était avec facilité, sans interruption et à plein canal ; mais lorsque le besoin était satisfait, la souffrance redevenait insupportable pendant un quart-d'heure au moins, après lequel elle diminuait insensiblement et cessait tout à fait. Il en était autrement dans le temps d'exacerbation, car on n'avait pas plutôt uriné, que le quart-d'heure ou la demi-heure d'après, il fallait s'accroupir sur le vase de nuit et faire des efforts semblables à ceux qu'une constipation opiniâtre provoque ordinairement.

Néanmoins le malade avait de l'appétit ; il n'était nullement tourmenté de fièvre : seulement, je reconnus de la fréquence dans le pouls qui d'ailleurs était très-régulier, fort et développé.

J'appris encore que des douleurs très-vives s'étaient fait sentir quelquefois dans le gros des épaules, sur le bras et sur les cuisses, ce qui me fit soupçonner que le mal que j'étais appelé à combattre se rapprochait beaucoup du rhumatisme. Je fis largement ouvrir la veine du bras, je prescrivis les boissons légères et rafraichissantes, la diète végétale, les bains entiers, ceux de fauteuil et les fumigations sur le périnée. Peu à peu les symptômes généraux perdirent de leur intensité ; mais ceux propres aux voies urinaires ne cessèrent pas, quoiqu'ils fussent plus supportables. Les urines se sont constamment montrées telles qu'on les observe en santé.

Il s'est écoulé une vingtaine de jours, durant lesquels les accidens ont été violens et à des intervalles plus ou moins éloignés. Les exacerbations sont devenues moins vives : mais j'eus lieu de craindre la présence d'un nouveau calcul dans la vessie. Le malade ne me permit pas de m'en assurer, disant qu'il y avait des choses qu'on n'était pas pressé d'apprendre. J'eus recours aux lavemens purgatifs, que je fis suivre d'autres qui étaient narcotiques et qui soulagèrent sensiblement. J'insistai sur l'usage de ces derniers et sur les pédiluves sinapisés très-chauds.

Un jour que le malade sortait d'un tel bain, il s'est

écoulé une très-grande quantité de sang avec les urines. Dès ce moment il y a eu un calme qui a été en augmentant. Les mêmes moyens furent continués et la santé s'est rétablie si parfaitement que M. C....V.... n'a éprouvé aucun accident semblable. La maladie a duré près de six semaines, et il se plaint de temps à autre de douleurs à l'épaule et au coude gauches.

Obs. II. — Dans le cours de l'hiver de 1813, M. M..., âgé de cinquante-trois ans, d'une habitude de corps mince et sèche, et surtout d'une grande mobilité nerveuse, se plaint de douleurs qui des reins descendent et se propagent jusqu'à l'hypogastre; il survient ensuite des ardeurs au col de la vessie avec envie fréquente d'uriner. Chaque fois que ce besoin se fait sentir, le malade ne peut rendre qu'une petite quantité d'urine avec des efforts douloureux qui arrachent des cris. Les boissons mucilagineuses et nitrées rendent le mal plus supportable et procurent un calme qu'on peut aussi attribuer au grand usage des bains entiers ou de fauteil.

Le malade qui néglige son état et qui se traite lui-même, ne demande des avis qu'à des distances très-éloignées et passagèrement. C'est ainsi que dans des alternatives de mieux et de plus mal, il parvient jusqu'au 15 juillet de la même année. Dans la soirée de ce jour, il est pris d'un violent frisson suivi d'une grande chaleur, il passe une nuit fort agitée; le lendemain matin, il se plaint de souffrir vivement des reins, de l'hypogastre et du pli des aines; il en est ainsi jusqu'au 30. Alors on voit se renouveler les ardeurs d'urines et les embarras de la vessie, qui avaient existé en plus ou en moins, depuis la dernière moitié de l'hiver jusqu'à ce moment. Le malade dit que ses douleurs le prennent par accès rapprochés; qu'il ne peut les endurer et qu'il a un besoin fréquent de rendre en très-petite quantité une urine limpide, semblable à la décoction légère de chiendent. Chaque fois, il fait des efforts incroyables, il pousse en bas, il éprouve les craintes d'une chute du rectum, quoique l'annus soit fortement contracté; enfin, le pénis se gonfle, l'urètre est douloureux sur le sommet du gland et les accidens cessent peu à peu après que les urines ont coulé.

Pendant les accès, le malade ne peut garder aucune position; tour à tour il quitte et il reprend le lit; il n'est soulagé qu'autant qu'il se promène en chemise dans la chambre ou qu'il s'assied sur une chaise de crin. C'est en vain qu'il a recours aux fumigations, aux bains de fauteuil, aux lavemens adoucissans, etc. Il n'obtient de soulagement momentané que de l'application des cataplasmes émolliens sur le périnée. Ayant considéré cet état comme rhumatique, j'ai prescrit un bain de pied très-chaud, fortement sinapisé, et j'ai fait boire alternativement du petit-lait et de l'eau de chiendent emulsionnée. La grande chaleur générale a diminué, les accès de souffrance se sont éloignés, les envies d'uriner ont été moins fréquentes, le malade a pu se livrer à un sommeil de deux ou trois heures, qui était interrompu brusquement après cet espace de temps par de nouvelles douleurs, dont la durée se terminait aussitôt que le besoin était satisfait. Les jours suivans, le mieux s'est soutenu à l'aide des mêmes moyens auxquels j'ai joint l'usage répété des demi-lavemens narcotiques. Le malade a repris complétement son sommeil ordinaire et n'a plus été tourmenté que de quatre en quatre heures à peu près. Le douzième jour, à dater de celui où je fus appelé, le 25 juillet, je fus témoin d'un violent accès qui ne se renouvela plus. Je fis exposer le périnée sur un vase contenant de l'eau fraîche, en même temps que les pieds étaient plongés dans un bain sinapisé très-chaud. La guérison depuis cette dernière circonstance s'est maintenue jusqu'à ce jour.

Obs. III.—Un prêtre de la Vendée, prisonnier d'état, âgé de cinquante-cinq ans, éprouva, dix-huit ans auparavant, des difficultés d'uriner après des courses à cheval forcées par les circonstances. Dans ses voyages, il lui fallait souvent mettre pied à terre et faire beaucoup d'efforts inutiles pour uriner, à la suite desquels le fluide déposé dans la vessie s'écoulait tout à coup avec facilité et grands soulagemens. Depuis, ce malade a contracté deux fois la gale dont il semble avoir été bien guéri. Il y a trois ans, nouvelle rétention d'urine qui dura quelques jours et céda au traitement que l'on crut devoir lui opposer. Pendant deux ans de détention à la prison de la Force, cet homme a souffert de vives douleurs dans les lombes du côté droit et à la cuisse correspondante. Transféré à Sainte-Pélagie, il a ressenti de nouveau les mêmes incommodités contre lesquelles j'ai prescrit avec succès les pédiluves très-chauds et les lavemens émolliens.

Le 7 janvier 1814, M. J.... fut pris tout à coup d'un accès de fièvre avec tremblement: des sueurs le terminèrent après douze heures. Le lendemain, un autre prisonnier, qui se disait, chirurgien, prescrivit en lavage deux grains de tartrite de potasse antimonié, qui provoquèrent trois ou quatre vomissemens et deux ou trois petites selles; le quatrième jour de la maladie, il fit avaler une demi-once de magnésie avec deux gros de poudre de quinquina: quelques évacuations alvines en furent l'effet. La tisane habituelle consistait en une décoction de chiendent, de réglisse et d'orge.

Pendant l'accès de fièvre, les urines coulèrent en très-petite quantité et fort épaisses; après, elles furent plus abondantes, rouges et chargées. Tout à coup, elles s'arrêtèrent dans la nuit du septième au huitième jour; un bain local rétablit leur cours, mais l'émission en fut difficile et douloureuse; dès ce moment le chirurgien ajouta deux gros de nitrate de potasse à la boisson ordinaire.

Le huit, quelques irritations hémorroïdaires déterminèrent à l'application de quelques sangsues à l'anus, et, par ce moyen, on fit une forte saignée. Cependant, les urines ont continué de couler avec peine et peu à la fois, immédiatement après cette application de sangsues, et le malade s'étant à peine remis au lit, un besoin d'uriner devint pressant et tous les efforts furent inutiles. Le chirurgien introduisit une bougie qui se courba dans le canal et ne pénétra pas dans la vessie. On eut recours aux fumigations, qui loin de soulager parurent

exaspérer le mal; des compresses imbibées d'une décoction émolliente, un bain local procurèrent un mieux qui ne se soutint pas. Les douleurs persistèrent dans la région hypogastrique avec des pesanteurs insupportables sur le rectum et le périnée : le onzième jour, les accidens étaient de la dernière violence. On tenta de nouveau l'introduction d'une sonde élastique, et une telle résistance fut opposée au-devant de la prostate, qu'on n'osa pas aller plus loin; trois fois, en retirant cet instrument, il s'écoula de l'urètre un mucus sanguinolent. On vint à l'essai aussi infructueux d'une bougie. Après un instant de calme, les urines coulèrent un peu et s'arrêtèrent bientôt encore tout à fait.

Le malade tomba dans des angoisses si épouvantables, que je fus enfin instruit de sa position et appelé près de lui comme médecin ordinaire de la maison. La rétention d'urine était complète; la vessie faisait saillie au-dessus du pubis. Cette région ne me parut pas très-douloureuse au toucher; en la pressant légèrement avec la main, je provoquais des envies plus grandes d'uriner. Le malade faisait de grands efforts; il poussait sur le périnée et le rectum au point de rendre ses excrémens et de craindre beaucoup une chute de cet intestin. Dans le même moment, le pénis se gonflait prodigieusement et une douleur vive se faisait sentir fixement au-dessous du gland, dans la fosse naviculaire; enfin, la figure était rouge, tuméfiée et l'agitation était extrême. Le pouls non fébrile se montrait tel qu'on l'observe ordinairement dans tout autre état de souffrance violente, c'est-à-dire, régulier, fort, développé et fréquent. Aussitôt, je me suis borné à prescrire en boisson une légère décoction de chiendent, dans laquelle on a mis infuser un peu de graine de lin et dissoudre quinze grains de nitrate de potasse. En même temps, j'ai donné chaque deux heures un tiers de lavement, composé de la décoction de racine de guimauve, de graines de lin et de pavot. Les urines coulèrent abondamment; le malade éprouva un prompt soulagement durant lequel il se félicitait d'une situation qui lui faisait croire au retour de la santé.

Le 12, dès le matin, il survint un nouvel accès plus violent que les précédens. Je crus nécessaire d'introduire une sonde élastique de médiocre grosseur, et je parvins dans la vessie avec la plus grande difficulté; le gonflement du pénis, le rétrécissement spasmodique de l'urètre et de sa portion membraneuse furent les obstacles que j'eus à vaincre. J'étais assuré de n'avoir pas fait de fausse route; mais il ne sortait pas une seule goutte d'urine. Je retirai l'instrument qui était très-étroitement serré et je vis son bec et ses yeux obstrués et embarrassés par d'épaisses mucosités. Je réitérai l'introduction qui fut aussi difficile cette seconde fois et aussi douloureuse que la première; il ne sortit que quelques gouttes d'urine légèrement teintes de sang par le pavillon de la sonde que je laissai à demeure. Je prescrivis une potion calmante et j'attendis tout du temps.

Cette opération pénible, longue, douloureuse et d'un résultat insignifiant ne fit qu'aggraver l'accès qui se termina enfin. Les urines coulèrent abondamment, mais entre la sonde et le canal, et sans douleur. J'ai fait appliquer un large cataplasme sur l'hypogastre frictionné avec le laudanum. Depuis, cet écoulement s'est soutenu et a entraîné beaucoup de glaires dont le passage causait de vives cuissons sur les parois du canal irrité par la présence de l'instrument. Le 13, le malade se trouva très-bien. Dans la nuit de ce jour au 14, il eut un accès de fièvre qui ne se termina que le matin. Le 16, le peu de sommeil dont le malade jouissait me détermina à lui faire prendre quatre grains de pilules de cynoglosse. Ce jour fut l'époque d'une nouvelle crise très-forte, pendant laquelle la sonde sortit du canal. Les yeux de cet instrument étaient bouchés par des glaires concrètes semblables à de la fibrine, ce qui m'expliqua le non-écoulement des urines par cette voie. L'accès dura cinq heures suivies d'une émission abondante et facile des urines. Le 17, je prescrivis pour la première fois un grain d'extrait de ciguë matin et soir. La nuit suivante fut calme, et la journée du lendemain se passa très-bien. Le 19, les envies d'uriner sont fréquentes et répétées. Chaque fois le liquide coule en petite quantité et laisse une cuisson fort incommode au bout du gland. Vers midi, de légers tiraillemens au périnée ont fait craindre un nouvel accès : ils n'ont pas eu de suite. La nuit s'est passée dans l'agitation, les anxiétés, l'insomnie, et dans le besoin d'uriner de loin en loin.

Il est à remarquer que, dans le cours de cette maladie cruelle, les exacerbations n'ont point suivi de régularité, que leur durée a varié depuis trois jusqu'à six et sept heures, tant pour l'invasion que pour l'accroissement et le déclin. Il est encore essentiel de noter que les urines, reçues chaque fois dans un verre, ont toujours été claires, limpides et blanchâtres, sans odeur, déposant par le refroidissement un mucus blanc épais, qui a diminué avec l'irritation du méat urinaire, et disparu lors même que les accidens nerveux se manifestaient encore avec force. Peu à peu le mieux s'est soutenu et l'appétit est devenu meilleur que dans le cours de la maladie.

Le 21, trois grains d'extrait de ciguë ont été pris chaque jour. Le 23, la dose a été portée à quatre grains. Le mieux ne cessait de croître, les urines causaient toujours de la cuisson en parcourant le canal. Le 35e jour, la santé m'a paru assez affermie, et j'ai fait cesser le traitement.

Obs. IV. — Le 3 avril 1814, j'ai eu à traiter d'un catarrhe pulmonaire adynamique madame B...., âgée de 75 ans. Cette maladie a été si grave, que, pendant plusieurs jours, tout annonçait que l'issue en serait funeste : il en a été décidé autrement. La convalescence a eu lieu et a été troublée par des douleurs atroces de la vessie et du canal de l'urètre. A cette occasion, madame B.... m'a rapporté que depuis 25 ans elle a éprouvé des souffrances semblables, dans les saisons du printemps ou de l'automne; qu'après un petit nombre de jours, elles cessaient peu à peu et complétement lorsqu'il sortait quelques gouttes de sang avec les urines.

Cette fois, cette circonstance ne s'est pas présentée, et la maladie s'est prolongée au-delà de 20 jours,



accompagnée des mêmes accidens que ceux dont j'ai fait un exposé assez répété et détaillé. Les moyens connus ont procuré peu d'avantages ; les préparations d'opium ont été d'une faible utilité. Rien n'a mieux soulagé que l'exposition fréquente sur l'eau froide. En un mot, le mal a insensiblement perdu de son intensité et s'est terminé, pour ainsi dire, *per lysim* ou par résolution. Dans la violence des accidens, lorsque les urines étaient rendues fréquemment et en petite quantité, ou qu'après des intervalles de deux ou trois heures elles coulaient en abondance, elles n'ont jamais cessé d'être blanches, limpides et non-sédimenteuses. Il est encore digne de remarque que cette femme âgée, et d'une constitution profondément altérée, est dans un état de souffrances habituelles des membres ; que des douleurs générales de toutes les parties du corps l'ont violemment tourmentée dès qu'elle a été convalescente de son catarrhe pulmonaire. Enfin la dernière maladie, celle de la vessie, a coïncidé avec la température sèche et froide de l'atmosphère, et paraît avoir moins cédé aux remèdes employés sous diverses formes qu'au retour d'un air plus chaud et plus doux.

Telles sont les principales observations que j'ai recueillies sur une maladie peu connue et à peine indiquée dans les traités de médecine pratique les plus modernes. Peut-être qu'il me serait possible d'en extraire d'autres des auteurs anciens et de quelques modernes déjà éloignés de nous. Ces recherches ne me donneraient pas un résultat capable de satisfaire, d'ailleurs elles m'écarteraient du but que je me suis proposé ; elles nuiraient à mon projet de n'offrir que le fruit de mon expérience et de mes réflexions, plutôt qu'un traité dogmatique.

Seconde partie.

Ces observations, jointes à d'autres que j'ai employées utilement dans un second mémoire, m'ont à peu près donné le nom propre à cette maladie que je me propose d'appeler *névralgie rhumatismale de la vessie*.

C'est encore l'expérience qui m'a fait distinguer cette affection en aiguë et en chronique. Je ne traite ici que de la première espèce.

§ I. — *Signes de la névralgie rhumatismale aiguë de la vessie.*

Chez les personnes habituellement tourmentées de rhumatisme, on observe les symptômes précurseurs suivans : cessation ou diminution sensible de la douleur sur le point qui en était primitivement le siége ; pesanteur à l'hypogastre ; embarras à la partie inférieure et antérieure des lombes avec gêne dans ces régions. Sentiment d'un léger frisson ; invasion progressive de la douleur qui dans son principe fixe peu l'attention, mais qui prend une intensité graduée. Battement au périnée et au rectum ; élancement dans les environs jusqu'aux symphyses sacro-iliaques, selon la direction des uretères. Souvent cette maladie attaque à l'improviste. Alors on est tout à coup surpris par un violent frisson suivi d'une chaleur âcre et insupportable. Un fièvre continue s'allume, et si des exacerbations ont lieu, elles ne se terminent guère que par une très faible moiteur.

Les malades se plaignent passagèrement de coliques d'estomac ou d'entrailles, quelquefois suivies d'évacuations alvines glaireuses. Par suite la sensibilité de la vessie devient très-exaltée ; la plus petite quantité d'urine ne peut être gardée. A chaque émission, ce liquide brûle à son passage, cause des cuissons ardentes aux orifices opposés du méat urinaire, qui durent encore quelques minutes lorsque ce besoin souvent répété est douloureusement satisfait. Pour peu qu'il y ait de l'urine dans la vessie, les malades s'agitent de mille manière ; ils ne peuvent garder le lit, ni rester assis, à cause de l'extrême chaleur qu'ils endurent. A chaque instant, ils se présentent à la garde-robe ; ils font des efforts semblables à ceux que provoque le ténesme et se croient menacés d'une chute du rectum. Des femmes, auprès desquelles j'ai été appelé, m'ont assuré que les douleurs de l'enfantement sont beaucoup moins vives que celles qu'elles éprouvent dans ces cruels momens.

Par la suite, les besoins d'uriner sont plus éloignés, on parvient jusqu'à compter une, deux, trois ou quatre heures, pendant lesquelles le mal est très-supportable et même tout à fait suspendu. Mais chaque fois qu'il y a nécessité d'uriner, on voit se développer le même appareil de symptômes. Après quelques efforts, les urines parcourent librement le canal et sans causer de douleur. Il n'est pas rare que leur jet s'interrompe brusquement et à plusieurs reprises. La quantité de l'évacuation est relative à la durée des intervalles de calme et à la masse des boissons légères dont on recommande l'usage. L'urine est ordinairement rouge, si elle est en petite quantité ; si elle abonde, sa couleur est celle d'une faible décoction de chiendent ; elle ne dépose jamais. Lors du contraire qui est rare, tout se borne à un médiocre sédiment muqueux et blanchâtre. On ne peut mieux comparer la teinte de cette urine copieuse qu'à celle particulière à l'urine que des personnes rendent à l'issue des repas et à des distances rapprochées. Elle a aussi la plus grande analogie avec celle du même fluide excrété pendant le frisson d'une fièvre intermittente, ou propre aux femmes à la fin d'un accès d'hystérie ; de celui rendu fréquemment lors des premières impressions d'un air froid et humide, ou de l'immersion du corps dans l'eau courante d'une rivière ou dans un bain domestique. Il est digne de remarque qu'une telle émission n'a jamais lieu avant que l'on ne souffre à l'orifice vésical de l'urètre et au bout du gland ; que toute la douleur cesse pendant l'acte facile de cette évacuation, pour reparaître lorsqu'elle est terminée, et dure près d'un quart-d'heure en perdant insensiblement de son intensité.

Je donne encore le phénomène suivant comme constant pendant les douleurs, en quelque sorte expulsives, qui tourmentent chaque fois qu'on urine : le pénis se gonfle toujours de manière à ne donner que l'idée d'un boursouflement et non celle de l'érection. Chez les femmes,

le clitoris, les grandes et les petites lèvres se développent, le bourrelet antérieur du vagin devient saillant au-devant de l'entrée de ce canal.

Comme tous les rhumatismes, celui-ci a une première invasion de 24 à 48 heures et plus, avec une intensité suspendue par quelques momens de moindres souffrances. Ce temps écoulé, la douleur ne cesse pas complétement; elle laisse de courts intervalles de repos; elle a plusieurs exacerbations plus ou moins rapprochées dans la journée, en affectant un type continu rémittent. Les plus violentes ont constamment lieu le soir, ou lorsque la nuit a commencé depuis quelque temps. Elles s'annoncent à six, huit ou dix heures et se prolongent en augmentant jusqu'à une heure du matin, décroissent peu à peu, et se terminent à quatre ou cinq, quelquefois plus tard. Il n'est pas sans exemple que le soir et la nuit se passent dans le calme, tandis que les douleurs se font sentir dès le matin pour continuer pendant toute la première partie du jour. Il n'est pas extraordinaire non plus de ne voir aucun ordre dans ces mouvemens, de même, à moins que je ne me sois trompé, je crois avoir observé des intermittences quotidiennes bien prononcées. Pendant ces accès prolongés, il est commun de voir les malades ne pas rendre une seule goutte d'urine; ils sont tourmentés d'une rétention complète. Le fluide déposé des reins par les uretères augmente en quantité, distend les parois de la vessie qui s'élève au-dessus du pubis, où il est facile de la sentir et de la circonscire avec la main et les doigts. Les angoisses des malades sont alors portées au plus haut degré; ils s'agitent de mille manières dans le lit, debout, assis; la pression sur l'hypogastre rend plus vifs les besoins d'uriner; enfin le terme de l'accès est celui où le liquide sort par torrens et procure ainsi un grand calme du physique et du moral.

Un fait que je ferai connaître dans mon second mémoire, m'a convaincu que cette névralgie abandonne quelquefois la vessie pour se porter sur le cuir chevelu, sur les tempes, les arcades dentaires et l'articulation des mâchoires; je l'ai vue causer des pleurodinies, des suffocations et la gêne de la respiration. Sur les mêmes individus, j'ai encore noté que ces différentes parties tour à tour affectées cessaient d'être le siége de la douleur qui se portait sur l'estomac et les entrailles. C'est alors qu'il survenait des coliques, des diarrhées muqueuses, des nausées, des vomituritions continuelles suivies d'efforts inutiles et répétés, ou de vomissemens de matières blanches, transparentes et filanteuses du blanc d'œuf avec soulagement de courte durée. A cet état des entrailles, se joignent aussi des flatuosités, des éructations et des vents rendus avec ou sans bruit; *strepentes aut silentes*, Hipp. par le haut ou par le bas. Après beaucoup de variations semblables, la douleur se reportait sur la vessie, perdait chaque jour de sa violence jusqu'à son entière cessation qu'on n'observe pas en général avant un mois ou six semaines.

S'il faut en excepter les premiers jours, il n'y a pas de fièvre : seulement le pouls est plus élevé pendant les exacerbations. Les malades conservent leur appétit, ils sentent le besoin de manger comme en parfaite santé. Toutes leurs fonctions digestives sont régulières, faciles et s'exécutent sans trouble.

Je ne terminerai pas ce paragraphe sans revenir sur la cause immédiate de la rétention d'urine, accompagnée d'un gonflement de toutes les parties extérieures de la génération. Lors de la violence des accès, les malades ne manquent jamais de spécifier que ce qu'ils éprouvent ressemble à ce qui produit la plus forte constriction. C'est cette contraction involontaire des sphincters de l'anus et de la vessie qui détermine le gonflement des organes génitaux extérieurs. J'ai considéré ce phénomène sur les deux sexes pendant le temps de l'émission même des urines; j'ai pu m'assurer de son mode d'être, de sa durée et de sa disposition progressive, lorsqu'il n'y avait plus aucun besoin. Ce boursouflement répond au moment où le périnée et l'anus fortement contractés s'opposent au cours des urines. Je me suis rendu certain à plusieurs reprises que la sonde étant dans la vessie d'une femme et fermée par l'application du pouce, il ne s'écoulait rien entre cet instrument et l'urètre. C'était lorsque les plus vives douleurs se trouvaient coïncider avec la contraction violente de l'anus. Les explications auxquelles je néglige toujours de me livrer semblent me persuader que la vessie est dans ce cas simultanément en contraction avec le diaphragme et les muscles abdominaux ; que le périnée, fatigué par tant d'efforts dirigés contre lui, cède et se relâche; qu'alors les urines ou le liquide injecté sortent par torrens entre le canal et la sonde, et que l'anus livre passage aux excrémens, comme il arrive souvent aux femmes prêtes d'accoucher.

§ II. — *Diagnostic.*

Nous avons à considérer, pour préciser le diagnostic, le caractère des douleurs, la quantité des urines, l'état des parties extérieures de la génération et les anomalies qui résultent du transport du siége du mal sur d'autres parties.

1° Lorsqu'il existe une habitude rhumatismale, une fièvre précédée de froid et de frisson annonce le début de la maladie. Ensuite chaleur, battemens ou élancemens dans la région du périnée, continus pendant vingt-quatre ou quarante-huit-heures, suivis d'un sentiment de torpeur et d'engourdissement et de la cessation de la fièvre. La douleur, sans disparaître tout à fait dans le premier temps, redouble plusieurs fois dans la journée; plus tard elle a des exacerbations, le soir, ou le matin, dont la durée est de plusieurs heures et dont le terme n'est accompagné ni de moiteur, ni de transpiration manifeste. Enfin apyrexie complète, sentiment de bien-être dans l'intervalle des accès qui s'observent avec l'élévation et un peu de fréquence du pouls. Cette maladie règne dans les saisons humides et froides. Lorsqu'elle paraît guérie depuis quelque temps, elle est sujette à des retours, si l'atmosphère devient froide et chargée d'humidité.

Les envies fréquentes d'uriner avec efforts très-vifs



d'expulsion, en même temps que l'anus et le périnée se contractent violemment, ce sentiment de constriction accusé par les malades, la cessation de tous ces symptômes jusqu'à un nouveau besoin, concourent encore à établir le diagnostic.

2° Émission d'une petite quantité d'urines rouges à des intervalles très-courts, lors du début de la maladie avec des souffrances atroces au périnée et au bout du gland, avec ardeur et cuisson, quand elles parcourent le méat urinaire. Toutes les fois que les besoins sont éloignés de plusieurs heures, des douleurs précèdent et suivent la sortie libre et facile de ce liquide clair, limpide, aqueux, abondant et sans sédiment; la rétention d'urine est opiniâtre pendant les exacerbations; les parties extérieures de la génération, gonflées tant que durent les contractions du périnée, reviennent à leur état naturel dès qu'il n'y a plus de souffrances ni d'efforts expulsifs.

3° Vers le déclin et dans l'intervalle des accès ou des exacerbations, on observe des malaises, des nausées avec vomituritions ou vomissement de matières glaireuses, albumineuses qui soulagent un moment. L'appareil urinaire paraît quelquefois complétement débarrassé, en même temps que d'autres parties sont souffrantes. C'est ainsi que tous les symptômes dont il a été parlé font place à des coliques d'estomac, d'entrailles, à des douleurs vagues de la tête, du cuir chevelu des oreilles, des dents, des mâchoires, de la poitrine et des grandes articulations.

§ III. *Parallèle entre cette névralgie et le catarrhe aigu de la vessie.*

Le catarrhe aigu de la vessie est la seule affection qu'il soit possible de confondre avec la névralgie rhumatismale. Mais avec un peu d'attention, on aperçoit facilement les différences entre l'une et l'autre maladie. Toutes les deux, il est vraie, débutent par une fièvre intense qui n'a pas de durée au-delà de vingt-quatre et de quarante-huit heures dans le cas dont il s'agit et qui cesse d'exister avec des rémissions et des exacerbations marquées et distinctes lors d'un catarrhe. Dans la névralgie, on n'observe d'élévation, de plénitude et de fréquence du pouls que durant les souffrances. Celles-ci reviennent par accès de trois, quatre, six heures et plus, avec des phénomènes capables d'effrayer, tandis que, chez les catarrheux qui ont toujours de la fièvre, elles sont continues, et ont leur siége immédiat dans le corps de la vessie. On ne peut appuyer le plat de la main sur leur hypogastre tendu, sans leur arracher des cris. Il en est autrement chez les névralgiques, lors même que la vessie est remplie d'urine.

Les catarrheux continuent d'uriner, avec efforts, cuissons et sentimens d'ardeur; les névralgiques, au contraire, au milieu de leurs tourmens, ont une véritable rétention, d'une durée égale à celle de l'accès dans quelques circonstances; et si l'urine coule, c'est constamment avant et après que les douleurs sont vives dans les points qui répondent au périnée et au bout du gland. Il n'y a d'ardeur en dedans du canal de l'urètre que dans les premier temps, lorsqu'on est pressé par le besoin très-fréquent de rendre une très-petite quantité d'urine rouge et brûlante; mais il n'en existe absolument aucune quand ce liquide sort abondamment après un intervalle de quelques heures. En s'attachant à ce qu'on appelle période de crudité des catarrhes, tant qu'elle existe, l'urine qui sort en petite quantité est limpide : à mesure qu'on approche de la période de coction, elle dépose un sédiment muqueux et blanchâtre dont les proportions vont toujours en augmentant, jusqu'à ce qu'en diminuant, elles fassent prévoir le terme prochain de la maladie. La fièvre suit la même marche. On observe encore de la maigreur, ou la perte notable de l'embonpoint et une convalescence dont la direction exige les plus grands soins. Rien de semblable ne se remarque chez les névralgiques.

1° Ils n'ont point de fièvre. 2° Leurs urines sont d'autant plus claires, limpides et aqueuses qu'elles sont plus abondantes. Jamais elles ne déposent, et s'il en est autrement, ce n'est que pour un instant et passagèrement. L'observation rapportée du prêtre de la Vendée semble prouver le contraire; mais on n'aura plus de contradictions à remarquer, si on se rappelle qu'il y a eu une irritation mécanique de l'intérieur du canal de l'urètre d'où suintait la mucosité dont il a été question. 3° Dans l'intervalle de leurs accès, les névralgiques semblent jouir de leur santé accoutumée; ils peuvent vaquer à leurs affaires et se livrer même à quelque occupation pénible. 4° Le mal les abandonne brusquement et ils ne passent pas par les intermédiaires d'une convalescence. 5° Enfin l'introduction d'une sonde très-petite est aussi difficile chez eux que s'il y avait rétrécissement du canal. Pour les catarrheux, une main exercée n'a aucune peine à introduire cet instrument.

On peut conclure que la névralgie rhumatismale aiguë de la vessie est une maladie qui diffère essentiellement du catarrhe aigu dont le même organe est quelquefois affecté.

§ IV. — *Pronostic. Causes.*

A dater du moment de l'invasion, on a lieu de présumer que la maladie sera longue, si l'on se trouve en automne ou en hiver, qui ne laissent de guérison parfaite qu'au retour du printemps. Néanmoins, j'ai traité quelques personnes dans cette dernière saison. Leur mal a été rebelle, parce que l'été qui suivait s'est passé dans un état constant de froid et d'humidité. Les chaleurs jointes à la sécheresse amènent souvent la santé tout à coup. Pour prédire la durée de cette névralgie, il faut avoir égard à la constitution individuelle et à la manière actuelle dont la saison se comporte. L'affection n'est pas de nature à céder promptement aux remèdes prescrits avec la méthode la plus sévère, et le mieux ne s'obtient qu'avec une lenteur extrême. Dans tous les cas, elle ne donne jamais la mort, et il est plus ordinaire de la voir passer à l'état chronique.

Quant aux causes, on est déjà très-avancé dans leur

recherche, lorsqu'on est parvenu à s'assurer qu'il existe une habitude rhumatismale. Mais si on ne connaît rien de semblable, on est prompt à soupçonner des varices du col de la vessie ou de la glande prostate. L'anatomie pathologique n'éclaire guère sur ce point; car à l'ouverture du cadavre des personnes qui ont succombé après de longues souffrances, les vaisseaux variqueux que l'on rencontre peuvent être regardés comme effet et non comme cause. D'ailleurs cette même disposition vasculaire n'a-t-elle pas été observée un grand nombre de fois sur des corps d'individus, qui, durant leur vie, n'avaient pas éprouvé de douleur dans les voies urinaires? On a également pensé à la suppression d'un flux hémorroïdal, ou à son transport sur le col de la vessie. Alors pourquoi les urines ne sont-elles donc pas teintes de sang?

On parle beaucoup de la répercussion d'une exanthème quelconque peu de temps avant le début d'une telle maladie, et de son retour lorsque celle-ci est guérie; d'où on conclut nécessairement à la réalité de la cause que l'on s'efforce de découvrir. Les incertitudes sur ce point se multiplient aussitôt que l'on réfléchit que quand un viscère important est menacé de devenir, ou est déjà le centre d'une fluxion, toutes les autres parties du corps sont libres de leurs affections particulières; ou que les symptômes de celle-ci sont moins graves et beaucoup plus supportables, s'ils ne disparaissent pas tout à fait. C'est pourquoi personne n'ignore que toute la maladie habituelle locale ou constitutionnelle se reproduit dans son état primitif après la guérison d'une autre plus aiguë et qui n'était que fortuite.

Nous concluons que les causes de cette affection douloureuse des organes urinaires sont les mêmes que celles du rhumatisme, et qu'il y a du danger pour le traitement à se livrer avec trop de confiance à l'idée de suppression d'un flux habituel de répercussion et de métastases humorales.

§ v. — *Indications curatives.*

Les indications curatives sont *empiriques, générales, relatives ou individuelles et accidentelles.*

1° *Empiriques.* — La nature et les causes de la maladie étant constatées, on s'attache à combattre tel ou tel symptôme prédominant. On tente de détourner le centre de la fluxion et de le transporter sur une partie qui sympathise davantage avec l'appareil urinaire. Pendant qu'on agit ainsi, on étudie le caractère de la saison, l'habitude catarrhale ou rhumatismale du malade, les accidens dont on suit les mouvemens, les exacerbations et ses effets secondaires; et on ne tarde pas à s'apercevoir que, si les douleurs ne se calment pas, c'est moins parce qu'on leur oppose des remèdes présumés contraires, que parce qu'il est de leur essence de persister et de ne cesser qu'à une époque difficile à prévoir. Les indications déduites de *juvantibus et nocentibus* conviennent généralement aux malades et aux médecins peu instruits des dogmes de leur art. Si les praticiens habiles les adoptent quelquefois, ce n'est que pour faire preuve d'un savoir profond. En effet, dans des cas difficiles, l'efficacité de certains remèdes les conduit à la connaissance exacte d'une maladie embarrassée ou masquée par une foule de symptômes qui lui sont étrangers.

2° *Générales.* — Il n'est pas en notre puissance d'accommoder l'atmosphère à notre constitution, ni d'empêcher que les corps vivans ne sentent l'influence de la température des milieux qu'ils habitent; mais il ne tient qu'à nous de nous y soustraire en plus ou en moins, et c'est à la médecine d'en indiquer les moyens. L'indication générale étant connue sous le rapport atmosphérique, on la remplit avec un succès toujours subordonné à la constitution des malades, à la régularité dans l'exécution de ce qui est prescrit et à la bonne méthode curative. Ici tout est du ressort du médecin qui consulte nécessairement l'expérience. Il sait qu'une maladie quelconque dont les caractères évidens la détachent de la masse de celles qui règnent épidémiquement, conserve néanmoins des rapports avec cette même épidémie dont elle exige le traitement général.

3° *Relatives ou individuelles.* — Le médecin doué d'un certain degré de sagacité, que relève une expérience consommée, sait que les tempéramens pituiteux ou muqueux originaires ou acquis, favorisent l'invasion des douleurs rhumatismales. Il reconnaît que dans ces deux circonstances différentes de constitution individuelle, s'il est indiqué de recourir à un traitement général qui s'accorde avec la saison et le caractère de l'épidémie régnante, il ne l'est pas moins d'accommoder celui que l'on nomme spécifique au tempérament de chaque individu. Alors s'il n'existe qu'une seule méthode curative, elle n'a point qu'un seul mode d'application, il n'y a pas qu'un seul ordre de médicamens qu'on puisse adopter exclusivement.

Les indications *accidentelles* ont rapport à la répercussion des dartres, à la dessiccation des ulcères et à la cessation temporaire d'une foule de maladies chroniques. Ces phénomènes ne manquent pas de se faire remarquer lors du début et pendant le cours des affections aiguës constitutionnelles. Il ne faut pas croire à la nécessité de rappeler de suite les efflorescences cutanées, les écoulemens supprimés, car les efforts dirigés vers ce but sont constamment vains. Observons plutôt les mouvemens de la maladie générale; attendons la crise. Or, comme nous savons que c'est à dater de la convalescence que les altérations locales reprennent leur cours, c'est donc à cette époque qu'il importe de remplir cette indication accidentelle qui commande l'usage des vésicatoires et des topiques propres à faire reparaître les exanthèmes habituels, le suintement des ulcères.

La suppression de flux sanguins habituels utérins ou hémorroïdaux serait-elle considérée comme cause immédiate d'une névralgie rhumatismale aiguë de la vessie? on est peu exposé à l'erreur en cherchant à provoquer aussitôt le cours des règles ou des hémorrhoïdes. La saignée ne nuit jamais dans les périodes d'irritation; les praticiens en précisent l'espèce et en modèrent la force, selon que le tempérament se prête plus ou moins

aux évacuations sanguines, qui deviennent spontanément habituelles et régulières, quand la maladie constitutionnelle est jugée et suivie d'une bonne convalescence.

§ VI. — *Traitement.*

Pour satisfaire à l'indication générale, l'art ne reconnaît rien de meilleur qu'une température douce et uniforme qu'on se procure par un séjour prolongé dans le lit, par l'habitation d'un appartement exposé au midi et non trop échauffé dans le temps des froids rigoureux. Le génie des maladies régnantes appelle ensuite l'attention. Il est inflammatoire, bilieux, adynamique ou muqueux, et fait préjuger les avantages qu'on doit se promettre de la saignée, des évacuans, des échauffans, des stimulans ou excitans auxquels on ne peut indifféremment avoir un recours immédiat. Pour ne parler que de la saignée, n'a-t-on pas remarqué que, pratiquée hors de propos, elle n'est souvent dangereuse qu'autant qu'elle est contr'indiquée par la constitution épidémique; une fièvre bilieuse qui survient à la fin de l'hiver ou au commencement du printemps, peut prendre un caractère alarmant, si on l'attaque de suite avec un émétique; au contraire, elle peut perdre beaucoup de sa gravité, si elle est promptement combattue de la même manière en été et en automne. La saignée est efficace dans le premier cas et suspecte dans le second.

La méthode curative étant trouvée, quelles que soient les modifications dont elle est susceptible sous les rapports atmosphériques, épidémiques et individuels, il convient d'agir en raison des périodes d'irritation ou de crudité, d'accroissement et de coction de la maladie.

Dès le début, la diète et un régime doux se trouvent à leur place, ainsi que les boissons délayantes. Plus tard, les infusions légèrement aromatiques ou excitantes, les médicamens toniques, les amers, une nourriture plus restaurante doivent être successivement prescrits. Chez les personnes épuisées par des évacuations antécédentes, la maladie passe rapidement à la période de débilité, et exige qu'on adopte de bonne heure le régime restaurant, les cordiaux, les toniques et les antiscorbutiques.

Si, tout étant satisfaisant en ce qui concerne l'exercice des fonctions vitales et animales, les douleurs persistent et menacent de devenir chroniques, les praticiens croient n'avoir plus qu'un symptôme à faire disparaître; ils lui opposent les narcotiques, les spécifians seuls ou unis au quinquina, les décoctions chargées de bois sudorifique, les extraits de morelle, de ciguë, d'aconit napel, de jusquiame sur l'efficacité desquelles l'expérience ne se prononce pas exclusivement. C'est à cette dernière époque que tantôt l'un, tantôt l'autre de ces médicamens m'a réussi lorsque je l'associais aux irritans cutanés loin du siége de la douleur. J'ai toujours eu soin d'exclure les cantharides, par la crainte de leurs effets fâcheux sur les voies urinaires déjà si douloureureusement entreprises.

Cette méthode curative m'a réussi; les effets ne sont pas prompts parce qu'il est de l'essence de la maladie de marcher avec une lenteur peu commune.

La douleur est quelquefois un symptôme si vif et si inquiétant, que les médecins se croient forcés de la combattre. L'opium, les saignées, les bains, les lavemens, les fumigations, les rubéfians sont autant de moyens auxquels ils s'empressent de recourir. Je puis dire n'en avoir vu aucun réussir dans le début de cette névralgie rhumatismale. L'opium, même précédé d'une large ouverture de la veine, cause un engourdissement fort pénible qui n'étouffe point la sensation de la douleur, à moins d'une pléthore sanguine bien prononcée. Combien de fois n'ai-je pas vu des saignées copieuses et répétées être absolument sans effet? je puis protester que je me suis constamment trouvé mal des sangsues, des fumigations, des bains entiers ou locaux. L'application d'une fraîcheur modérée procure seule du soulagement et facilite beaucoup l'écoulement des urines. Des portions de lavemens narcotiques avec ou sans addition de laudanum ou d'opium produisent un effet salutaire, quand on a eu soin de les faire précéder par d'autres dont la propriété laxative sert à évacuer les gros intestins.

Outre la douleur insupportable que l'on croit devoir combattre à l'aide des narcotiques et des opiacés, on est souvent pressé d'évacuer la vessie, afin de mettre un terme aux angoisses que cause la rétention d'urine. Le cathétérisme est toujours difficile et très-douloureux, et lorsque la sonde a été introduite avec succès, les malades n'en souffrent pas moins beaucoup et longtemps au périnée et au bout du gland. Je ne dis pas qu'il faille absolument renoncer à cette opération; mais j'atteste, d'après mon expérience, que, quand on avait eu la force et le courage d'attendre la fin de l'accès prévue d'après la durée des précédens, le cathétérisme devenait constamment inutile. On opposera, au conseil que je semble donner en faveur de l'expectation, la crainte de quelque crevasse; je réponds que le tissu de la vessie peut résister longtemps avant de céder; que dans le moment dont il s'agit, il fait de grands efforts sur la masse du liquide; que l'organe ne se crève jamais et qu'il tombe auparavant dans une atonie ou une inertie qui le rend passif consécutivement et susceptible de se distendre encore davantage.

Dans ces cas de douleur et de rétention d'urine, la médecine des symptômes est donc loin de satisfaire. Néanmoins elle n'est pas à négliger par la juste impatience du malade et celle des personnes qu'il intéresse; seulement le médecin qui l'exerce avec sagacité ne peut lui accorder une confiance, toutes les fois que la maladie n'est point arrivée à cette époque qui favorise ses succès.

Telles sont les observations et les remarques que j'avais à communiquer sur ce que j'ai appelé *névralgie rhumatismale aiguë de la vessie*. Je désire que ce travail en provoque d'autres plus utiles et plus complets sur une maladie cruelle, longue et difficile dont je n'ai trouvé de bonne description nulle part. Je crois être

parvenu à la distinguer du catarrhe aigu de la vessie et à la présenter comme une affection spéciale et distincte qui se rattache au genre *rhumatisme*, et qui participe de la névralgie proprement dite.

De la dilatation partielle du ventricule gauche du cœur; par M. Raoul Chassinat, docteur en médecine de la faculté de Paris.

(suite et fin (1).)

Résumant ce qui a été dit dans la première partie de ce mémoire, je suis porté à attribuer la dilatation partielle du ventricule gauche du cœur à un ramollissement préalable de son tissu musculaire, produit par une inflammation survenue d'emblée dans ce tissu, ou consécutivement à une phlegmasie de la membrane interne ou du péricarde. Bien entendu que toujours il devra y avoir endocardite (2).

Mais ce n'est pas tout d'avoir supposé avec quelque raison l'existence de ce ramollissement, il faut nécessairement admettre qu'il n'a été que partiel; et alors quel que soit le point ramolli, soit le sommet du ventricule, soit toute autre partie de ses parois, deux circonstances peuvent avoir présidé à ce ramollissement partiel, et l'une ou l'autre de ces circonstances est indispensable pour qu'il acquiert le degré nécessaire à la production de l'effet supposé. Il faut qu'il soit borné à un seul point, le reste du ventricule étant complétement sain, ou bien qu'il soit plus considérable en ce point que dans tout autre, dans le cas où le ventricule entier serait affecté.

Dans les seize observations citées, on a remarqué que neuf fois la dilatation occupait le sommet du ventricule, que six fois seulement elle occupait un autre point; dans un cas, son siége n'a pas été indiqué d'une manière précise. On doit donc conclure que la fréquence de cette maladie à la pointe du cœur est incomparablement plus grande que dans le reste de son étendue. On ne pourrait tirer une conclusion aussi générale, si l'on comparait absolument ces deux parties l'une à l'autre, sans tenir compte de leur étendue respective; et c'est sans doute ainsi qu'a procédé M. Reynaud (*loc. cit.*), quand il a nié cette fréquence plus grande des dilatations partielles à la pointe du ventricule plutôt qu'ailleurs. Certainement, comme il le fait observer, il y a environ autant de faits pour l'un comme pour l'autre siége; mais que l'on fasse attention que l'un n'est tout au plus que la cinquième partie de l'autre, en étendue; on sera alors en droit de conclure qu'à égalité absolue dans la fréquence de ses lésions, celui-là sera relativement cinq fois plus souvent affecté, qui sera cinq fois moins développé en superficie.

Cela posé, serait-il possible d'établir pourquoi pointe du ventricule gauche est plus fréquemment le siége d'un ramollissement inflammatoire prédisposant aux dilatations partielles que tout autre point de ce ventricule?

Il n'y aurait rien de déraisonnable à supposer, que l'inflammation a envahi d'emblée le sommet du ventricule gauche, à l'exclusion de tout autre point. Ainsi, les toxicologistes ont reconnu que les préparations arsenicales introduites dans l'économie produisent, entre autres symptômes, une inflammation de la membrane interne du cœur; et que cette inflammation a cela de remarquable, qu'elle se montre en différens points séparés par des intervalles parfaitement sains, de manière à constituer plusieurs petites cardites partielles. Mais comme, sans cette cause, ces faits seraient nécessairement fort rares, et que d'ailleurs, il n'y aurait pas de raison pour que la pointe du cœur fut affectée de préférence à tout autre point de cet organe, examinons s'il n'existe pas dans l'organisation anatomique, et dans les fonctions de cette partie, quelque modification particulière qui l'expose à être plus souvent que toute autre affectée d'un ramollissement inflammatoire assez intense pour qu'il s'opère une dilalation sous la pression excentrique du sang.

Supposons une inflammation générale de toute la membrane interne du ventricule gauche du cœur, avec ramollissement de ses fibres charnues dans une épaisseur donnée. A la partie supérieure du ventricule, les parois sont trop épaisses pour que le ramollissement les ait complétement envahies; il y aura par conséquent encore un assez grand nombre de fibres saines, pour résister à l'effort du sang. A la pointe au contraire, dont l'épaisseur est beaucoup moins grande, le ramollissement, qui avait envahi à la base du ventricule un plan de fibres qui ne faisait que la moitié, par exemple, de l'épaisseur du ventricule, se trouvera, par suite de cet amincissement naturel, avoir envahi toute l'épaisseur de la paroi. Il en résultera qu'il n'y aura plus de fibres saines capables de résister à l'action du sang tendant à distendre le ventricule; il surviendra alors en ce point une distension progressivement croissante, une dilatation partielle. Première cause.

Pendant la systole du cœur, la pointe de cet organe se redresse et vient frapper les parois de la poitrine. Ne pourrait-on pas trouver dans ce choc contre un corps dur, choc sans cesse répété, et d'autant plus fréquent, que les battemens du cœur sont plus accélérés, par suite de l'irritation dont il est le siége, une cause permanente d'inflammation pour le sommet du ventricule gauche, point sur lequel le choc a toujours lieu? Il me semble que dans un autre organe en proie à une phlegmasie, même, légère, si une partie de cet organe, et toujours la même était exposée à une percussion continuelle, et d'autant plus forte et plus répétée que l'inflammation ferait plus de progrès, comme cela arrive dans la cardite où l'accélération et la force des battemens du cœur,

---

(1) Voir le précédent cahier de la *Revue*.

(2) Je ne veux pas dire qu'il soit impossible que la dilatation ne se produise d'une autre manière; mais dans l'état de la science, et en ne considérant que les faits connus, il est difficile d'admettre une autre théorie.

et par conséquent des chocs de sa pointe contre le thorax, sont proportionnelles à l'acuité de la phlegmasie, il me semble, et je pourrais dire, je suis convaincu que cette partie deviendrait le siége d'une altération plus profonde que tout autre point du parenchyme de l'organe. Pourquoi en serait-il autrement du cœur?

Je crois que c'est ainsi que se produit le ramollissement du sommet du ventricule gauche, dans la grande majorité des cas; j'y suis autorisé par l'examen des lésions anatomiques, rencontrées dans les observations connues jusqu'à ce jour. Cependant, je ne nie pas que quelquefois l'inflammation ne puisse porter d'emblée sur ce point et l'affecter seul, j'avais déjà émis cette proposition dans les pages précédentes. Il faut même faire cette supposition pour les cas où le ramollissement partiel envahit un autre point du ventricule; car je n'imagine aucune hypothèse capable de donner une autre explication de ce fait. Mais cela doit être bien plus rare.

Je conviens que les deux propositions, sur lesquelles je base l'explicatien de la fréquence plus grande des cardites à la pointe du cœur, ne sont que deux hypothèses; mais elles ont au moins l'avantage d'être établies sur une donnée anatomique et une donnée physiologique que l'on ne peut contester, et de rendre compte des faits; c'est déjà quelque chose.

Étant donné ce ramollissement partiel du tissu du cœur, il est facile d'expliquer la dilatation locale de cet organe, sans qu'il soit besoin d'admettre une autre cause, comme un obstacle apporté au cours du sang à l'orifice ventriculo-aortique ou dans le trajet de l'aorte. En effet, j'ai déjà exposé plusieurs fois ce mécanisme : à chaque contraction du cœur, le sang pressé réagit dans le sens d'une force dont la direction serait perpendiculaire au plan des parois, il tend donc à repousser ces parois en dehors. Mais, dans l'état normal, la résistance offerte par ces parois s'oppose à cette action du sang, et il en résulte la répulsion vers l'axe du ventricule, et par suite son ascension dans l'aorte, seule ouverture par laquelle il puisse s'échapper, pour se soustraire à la compression qu'il subit, et à laquelle en raison de son existence de corps liquide, il ne lui est pas permis d'obéir. Mais si la résistance des parois n'est pas assez grande pour triompher de la réaction perpendiculaire du sang contre elles, comme cela aura lieu si elles sont ramollies, alors elles céderont, elles seront distendues, repoussées en dehors, il en résultera une cavité qui tendra à devenir plus grande à chaque contraction du cœur (1). La cavité une fois formée, le sang s'y engagera; il y stagnera. Par suite de cette stagnation, de ce défaut de circulation, il se coagulera; et il en résultera ces couches concentriques de fibrine qui ont été décrites.

Jusqu'ici la dilatation s'est opérée sous le bénéfice du ramollissement inflammatoire du tissu musculaire du cœur. Mais supposons que l'inflammation se résolve, la dilatation s'arrêtera-t-elle? sa marche de développement sera-t-elle limitée par la durée de l'influence inflammatoire? Je ne pense pas. En effet, par suite du ramollissement les fibres musculaires se sont distendues. Supposons que l'inflammation et par conséquent le ramollissement cessent, les fibres réagiront-elles à leur tour sur le sang, reviendront-elles sur elles-mêmes, ou au moins cesseront-elles de céder à la force distensive du sang? Non. Ces fibres, distendues outre mesure, ont perdu leur ressort, elles ne sont plus susceptibles d'une action de contraction, elles ne peuvent être que passives : ne constituant plus qu'une membrane plus ou moins mince, elles n'ont plus que les propriétés des tissus membraneux, elles s'allongeront si elles doivent recouvrir une masse de concrétions plus volumineuse. Il en sera absolument comme de la vessie ou des intestins paralysés, l'augmentation d'urine ou de matières fécales les distend comme un suc inorganique extensible, et cette distension est d'autant plus facilement produite qu'elle est déjà plus grande, ou, en d'autres termes, que la masse de matières agissant comme corps dilatant devient plus volumineuse, car les fibres musculaires, ayant perdu leur ressort, ne sont plus susceptibles d'opposer une résistance assez grande.

J'ai dit que la tunique musculaire du ventricule gauche se dilatait en s'amincissant, au point de ne plus former qu'une simple membrane sur la masse polypiforme, renfermée dans la cavité résultant de cette distension. Mais il arrivera un instant où, par suite de l'augmentation trop considérable de cette masse, et de la pression de dedans en dehors qu'elle exercera par suite du choc du sang contre elle à chaque contraction du ventricule, il arrivera dis-je, un instant où la couche musculaire ne pourra plus s'amincir davantage, étant parvenue à la limite de sa possibilité de distension. Alors il n'y aura plus, en quelque sorte, assez de matière, pour que l'enveloppe musculeuse continue à se former sur les concrétions fibrineuses; l'espèce de malléabilité en vertu de laquelle le plan musculaire s'étendait, aura un terme; il en résultera une interruption dans quelques-uns de ses points. L'inégalité d'épaisseur de ce plan, par suite de son organisation normale, et de la disposition des colonnes charnues, fera que cette solution de continuité s'opérera plus tôt dans certains points que dans d'autres; il en résultera que l'aspect de ces ruptures arrivées les unes plus tôt les autres plus tard, à des distances inégales du point de départ, sera semblable à celui d'une frange; on ne

(1) On pourrait peut-être me demander pourquoi, s'il suffit d'une faiblesse plus grande des fibres musculaires en un point du ventricule pour qu'il s'y forme une dilatation, le même phénomène ne survient pas dans tous les cas d'ulcères, d'abcès, etc., du cœur, altérations dans lesquelles il y a évidemment affaiblissement local de la paroi ventriculaire affectée, tandis que cela aurait lieu dans un simple ramollissement inflammatoire? J'avoue que je ne connais aucune solution à cette question. Serait-ce que dans ce cas la portion de la paroi restée saine suffit pour résister à l'effort du sang, ce qui n'aurait pas lieu dans un ramollissement phlegmasique? Cela peut être, mais il m'est impossible de ne pas rester dans le doute.



verra plus alors, comme l'ont décrit MM. Breschet et Bérard, « que quelques lambeaux frangés de substance » charnue dans les parois de la tumeur. » Faudra-t-il en conclure que la dilatation partielle ne s'est opérée qu'après rupture préalable des fibres charnues en un point? D'après ce que j'ai dit, il me semble inutile de répondre à cette proposition; car il est facile de voir que cette rupture sera un effet et non la cause première du développement de la tumeur anévrysmatique.

D'après cela, il m'est permis de dire que l'on n'aurait pas dû assimiler la dilatation partielle du ventricule gauche du cœur à l'anévrysme faux consécutif des artères, ainsi que l'entend Scarpa. En effet, selon cet auteur, la destruction complète des tuniques interne et moyenne de l'artère s'opère d'abord par suite d'une maladie préalable; il en résulte une ouverture plus ou moins grande, de forme plus ou moins arrondie, par laquelle s'échappe le sang dans la gaîne celluleuse du vaisseau; de sorte que les parois de la poche anévrysmale se trouvent dès le commencement exclusivement formées par cette tunique celluleuse de l'artère. Or, il n'en est pas ainsi dans la dilatation partielle du ventricule gauche du cœur. Dans l'observation de M. Reynaud, non-seulement la tunique séreuse, que jusqu'à un certain point on peut rapprocher ici de la membrane celluleuse des artères, n'existait pas seule, mais la membrane interne et la couche charnue existaient encore; mais cela était remarquable encore dans l'observation de M. Harrison et dans celle que j'ai recueillie, eu égard au grand volume de la tumeur. Au reste, dans presque tous les cas, les fibres musculeuses existaient d'une manière plus ou moins évidente dans les parois de la tumeur. J'avais donc raison de dire que la maladie qui nous occupe n'est pas identique avec l'anévrysme faux consécutif de Scarpa. Mais doit-on, avec M. Ollivier (*loc. cit.*), la considérer comme un *anévrysme vrai* du cœur analogue aux anévrysmes vrais des artères, dont Boyer cite quelques cas dans son Traité des maladies chirurgicales? On le pourrait dans certains des cas cités, surtout dans les observations de MM. Harrison et Reynaud et dans la mienne; mais on ne le peut plus quand la tumeur a acquis assez de volume pour qu'il y ait eu rupture de la tunique interne et de la tunique musculeuse du sac, par suite d'une trop grande distension. On pourrait alors considérer cette affection comme un *anévrysme mixte externe;* mais j'ai préféré lui conserver le nom de *dilatation partielle*, lequel ne préjuge rien.

La formation de la cavité accidentelle une fois établie, voyons ce qui pourra survenir quand elle aura acquis un développement assez considérable.

D'abord, comme déjà je l'ai dit, elle se remplira de caillots fibrineux plus ou moins denses, résultant de la coagulation du sang qui s'y accumulera. Ces caillots, superposés les uns aux autres, s'organiseront peu à peu, et prendront les différens aspects qui ont été décrits. Il résultera de cette accumulation de masses polypiformes dans une des parties du ventricule gauche une forme particulière de la cavité de ce ventricule, et certaines modifications dans ces fonctions que je dois signaler. La partie inférieure de cette cavité sera limitée tout à fait en bas, par la surface libre du caillot fibrineux : il en résultera que cette cavité, au lieu d'être conique avec son sommet en bas, aura une forme cylindrique (obs. de M. Breschet), ou même la forme d'un tronc de cône creux à son sommet en haut, comme je l'ai noté dans l'observation que j'ai citée. Il resultera de là que, lors de la contraction du ventricule, les deux parois pourront se rapprocher jusqu'au contact, seulement dans la partie supérieure: car, dans la partie inférieure, la masse incompressible qui sépare les deux parois l'une de l'autre s'opposera à ce rapprochement; de sorte que, même dans la contraction la plus violente possible du ventricule, il existera toujours un espace de forme pyramidale ayant sa base sur la surface du caillot fibrineux et son sommet au point de contact plus ou moins intime de la partie supérieure des parois ventriculaires. Dans cet espace stagnera le sang; il en résultera la formation de nouvelles couches fibrineuses, et un véritable obstacle à la circulation, qui nécessitera de la part des parois du ventricule un redoublement d'efforts pour expulser tout le sang qui le distend, et pour rendre complète la fonction qui lui est dévolue; savoir : de projeter aux organes, par le système artériel, tout le sang revivifié qui est nécessaire à leur nutrition, et qui a été versé par l'oreillette gauche. De ce redoublement d'efforts du ventricule, il devra résulter ce qui résulte toujours de l'augmentation d'un organe musculaire sain, et ici j'admets cette condition pour la partie supérieure du ventricule, c'est-à-dire une augmentation de nutrition, une véritable hypertrophie avec ou sans dilatation de la cavité. En effet, on a vu que dans plusieurs des cas cités, cette hypertrophie existait sans aucune autre altération, ou avec des altérations trop peu considérables dans le trajet de l'aorte ou à l'orifice ventriculo-aortique, pour l'expliquer d'une manière satisfaisante. Je ne veux pas dire pour cela que l'hypertrophie ne puisse être due dans ces cas à une autre cause; mais seulement que celle que j'indique peut contribuer à la produire.

Après ces considérations sur la cause prochaine de la dilatation partielle du ventricule gauche du cœur, je vais essayer d'établir quelque chose de général sur ce que cette affection peut présenter, sous le point de vue des caractères anatomiques, des causes, des symptômes, du pronostic et du traitement.

Caractères anatomiques.

En un point quelconque des parois du ventricule gauche du cœur, le plus souvent à son sommet, on rencontre une cavité anormale d'une étendue variable, depuis un demi-pouce (obs. de MM. Reynaud et Biguardi) jusqu'à plusieurs pouces de diamètre (obs. de Corvisart, de Zannini, de M. Harrison, etc.) Cette étendue de la cavité ne dépend pas toujours uniquement de son ancienneté, elle doit dépendre aussi de la grandeur de l'altération partielle préalable; et c'est même

à la réunion de ces deux conditions qu'il faut attribuer la capacité énorme qu'elle peut acquérir dans certains cas. L'aire de l'orifice doit mesurer assez bien cette grandeur de l'altération préalable.

Cette cavité communique avec le ventricule par une ouverture arrondie d'un diamètre plus ou moins grand et proportionnel ordinairement au volume de la dilatation. Cet orifice est constitué par un anneau lisse et poli d'une consistance variable, mais d'autant plus grande que la maladie est plus ancienne. Il est quelquefois cartilagineux, osseux même (obs. de Corvisart). Il est composé des mêmes parties que les parois de la cavité ; avec cette différence qu'à toutes les époques de la maladie, il est possible, dans tous ses points, de reconnaître distinctement les trois tuniques juxta-posées qui le forment.

La poche anévrysmale est remplie de sang coagulé. Les caillots présentent différens aspects selon leurs différens degrés de vétusté. Ainsi, ils peuvent être récens : alors ils sont mous, noirâtres, comme du sang veineux (obs. de Zannini), ou bien ils ne consistent plus qu'en une masse de fibrine plus ou moins organisée, plus ou moins dense, de couleur variable, rougeâtre, jaunâtre, blanchâtre même et comme fibreuse. Plusieurs de ces concrétions fibrineuses peuvent exister dans le même sac : alors elles sont disposées par couches concentriques plus ou moins épaisses, susceptibles quelquefois d'être séparées en lames minces comme une feuille de papier (obs. de M. Breschet). Les plus récentes et partant les plus molles, les plus colorées, les moins organisées, existent à la superficie ; les plus anciennes sont situées plus profondément ; de sorte que dans une tranche de cette masse polypiforme qu'elles constituent par leur réunion, on peut reconnaître tous les degrés d'organisation par lesquels elles peuvent passer. Ces couches peuvent être contiguës, ou séparées par un liquide épais, sanieux, semblable à du sang mêlé de pus, comme dans l'observation que j'ai rapportée. Elles peuvent même contenir, dans leur épaisseur, divers produits inorganiques, comme des amas de matières, participant des qualités physiques du plâtre et du savon (obs. de Zannini) ; ces concrétions adhèrent plus ou moins intimement aux parois de la cavité qui les renferme, surtout latéralement ; tout à fait à son fond, elles peuvent en être séparées par une certaine quantité de liquide sanieux (mon observation).

Il résulte du développement de cette cavité et de sa réplétion de caillots fibrineux une tumeur d'un volume variable. Quand elle est peu volumineuse, elle ne fait aucune saillie à la surface du cœur (obs. de M. Reynaud) ; mais dans les cas contraires, cette saillie devient apparente, et elle peut être portée au point que la tumeur acquérir un volume égal à celui du cœur tout entier (obs. de M. Harrison), ou du poing d'un homme (obs. de Zannini). Cette tumeur lisse, arrondie, est, dans la majorité des cas, séparée du reste de l'organe par un rétrécissement circulaire en forme de sillon, correspondant à l'anneau qui constitue à l'intérieur l'orifice de la cavité anévrysmale.

Les parois de cette poche sont plus ou moins épaisses, et d'une consistance plus ou moins grande, selon le degré de la dilatation et selon son ancienneté.

Au début de la maladie, ou peu de temps après sa formation, il est facile de reconnaître dans ces parois les trois tuniques du cœur, mais modifiées et altérées d'une manière plus ou moins notable. Ainsi, la tunique la plus intérieure du sac sera constituée par la membrane interne du ventricule devenue plus consistante, plus épaisse, plus opaque et comme opaline. La tunique moyenne sera formée par le plan musculeux devenu considérablement plus mince, plus pâle et comme fibreux ; enfin, la plus extérieure de ces trois tuniques sera le feuillet viscéral du péricarde ayant subi des altérations analogues à celles de la membrane interne, c'est-à-dire étant plus épais, plus consistant, moins transparent, offrant diverses colorations ; blanc, grisâtre, ou noirâtre en certains points comme je l'ai observé, recouvert même de fausses membranes assez épaisses (obs. de M. Bérard aîné).

Dans un degré plus avancé et surtout lorsque la dilatation sera parvenue à son *acmé* de développement, il pourra se faire que les parois de la cavité anévrysmale ne soient plus constituées que par le péricarde ; la membrane interne et la couche musculeuse ayant été rompues, ne se montreront plus que sous la forme de lambeaux frangés, irréguliers et pour l'épaisseur et pour la longueur. Différentes dégénérescences pourront même s'emparer de ces diverses tuniques : ainsi, des plaques cartilagineuses, osseuses, pourront se rencontrer ensemble ou séparément, soit sur la tunique interne, soit sur la tunique extérieure, soit dans la tunique musculeuse, ou plutôt seulement dans le tissu cellulaire qui sépare ces tuniques les unes des autres.

Si, par suite d'une distension trop grande, ou par une autre cause, la tumeur venait à se déchirer (obs. de Galeati, de M. Biguardi), on trouverait en un point de la surface cette déchirure ordinairement peu étendue, de quelques lignes seulement ; et alors une certaine quantité de sang serait épanchée dans la cavité du péricarde, dans le cas où cette cavité n'aurait pas été détruite par suite de l'adhérence du feuillet pariétal avec la tumeur. Cette circonstance explique assez bien la cause de la rupture.

Le péricarde offrira aussi des altérations : sa cavité pourra exister encore et être remplie de sérosité (obs. de M. Harrison) ; ou bien elle pourra être détruite en totalité ou en partie, par suite de son adhérence soit à toute la surface du cœur, soit seulement à celle de la tumeur. Il pourra présenter des arborisations vasculaires plus ou moins marquées, ou être tapissé par de fausses membranes (obs. de M. Bérard aîné). Le tissu musculaire du reste du ventricule est quelquefois hypertrophié, mais toujours d'une manière excentrique ; il peut être aminci. Sa consistance, dans la grande majorité des cas, est normale ; cependant, une fois on l'a trouvé notablement induré (obs. de Zannini). Ces altérations peuvent survenir sans obstacle au cours du sang, soit à l'orifice ventriculo-aortique, soit dans le

trajet de l'aorte. Mais ces obstacles peuvent exister; ainsi, les valvules sont quelquefois recouvertes de concrétions osteo-pétrées plus ou moins volumineuses; l'aorte, dans plusieurs points de son étendue, offrira diverses dégénérescences cartilagineuses ou osseuses qui diminueront plus ou moins son calibre, ou seulement altéreront le poli de sa surface interne.

La membrane qui tapisse la face interne du reste du ventricule, offre le plus souvent des traces d'inflammation chronique; ainsi, elle est épaisse, opaque, d'un blanc laiteux ou jaunâtre. Cette membrane et le tissu cellulaire sous-jacent peuvent être épaissis, susceptibles de se diviser en plusieurs feuillets, et offrant une structure analogue à celle des artères (Reynaud).

Ces altérations concomitantes sont ordinairement bornées au ventricule gauche; cependant, quelquefois le ventricule droit offre aussi des traces évidentes d'hypertrophie (obs. de M. Bérard jeune), d'autres fois, au contraire, il est dilaté avec amincissement (obs. de M. Bérard aîné).

Causes.

Si l'on veut s'en tenir au simple examen des faits cités, l'étiologie de la dilatation partielle du ventricule gauche du cœur est fort obscure, quoique l'on connaisse seize observations de cette maladie. Mais s'il était bien démontré pour tout le monde qu'elle n'est qu'un résultat, qu'une conséquence d'une autre altération, d'une inflammation locale, comme cela me semble admissible, il faudrait alors rechercher ses causes parmi celles de la cardite. Jusqu'ici il vaut mieux s'en tenir à ce qui a été observé, et s'il existe des lacunes, laisser au temps et aux observations ultérieures le soin de les remplir.

Ainsi, des seize observations rapportées, il résulte que l'enfance ne paraît pas exposée à la dilatation partielle du ventricule gauche du cœur, mais depuis dix-neuf jusqu'à soixante-dix-sept ans, nous trouvons tous les autres âges susceptibles d'en être atteints. Sur les seize malades observés, cinq n'avaient pas quarante ans; quatre n'en avaient pas soixante, et chez cinq autres l'âge n'a pas été indiqué. En outre, dix fois elle a sévi sur des hommes et trois fois seulement sur des femmes; dans cinq cas on a négligé de marquer le sexe des malades. D'après ce relevé, on doit considérer la vieillesse comme moins exposée à cette affection que l'âge adulte; car chez la plupart des individus âgés de plus de cinquante ans qui y ont succombé, la tumeur avait acquis un volume, et ses parois présentaient une organisation telle, que de toute nécessité, il fallait faire remonter l'origine de son développement à une époque beaucoup plus reculée : cette considération me porterait à admettre que de tous les âges, l'âge adulte serait le plus souvent atteint de la maladie qui nous occupe. Les hommes y sont aussi plus prédisposés que les femmes, comme on a pu le voir par ce qui a été dit plus haut. Existerait-il entre les professions, le genre de travail manuel, les passions, quand ces modifications de l'état social et de l'état organique, sont de celles qui sollicitent des contractions véhémentes du cœur, et la production de la dilatation partielle du ventricule gauche, quelque liaison directe? M. Breschet le croit (mém. cit.), et cela paraît probable.

Ces résultats étiologiques obtenus par l'examen des faits publiés sont-ils en rapport avec ce que l'observation a appris aux pathologistes sur les causes de la cardite? je le pense; car les ouvrages de ces auteurs en font foi.

En outre, le cas rapporté par Zannini autorise à penser qu'une contusion violente de la région du cœur peut donner lieu à cette maladie. Un fait cité par Akenside (1) fortifie cette opinion. Voici ce fait :

Un enfant reçut à la poitrine un coup violent qui détermina de vives douleurs, et une très-forte palpitation de cœur. Il succomba au bout de six mois après des accès répétés d'hémoptysie. On trouva seulement à la pointe du cœur une tache livide, contuse et sphacélée. La désorganisation du tissu du cœur pénétrait jusqu'à la cavité du ventricule qui offrait des traces d'inflammation dans le reste de son étendue. Le cœur adhérait au péricarde.

L'exemple de Talma (obs. de M. Breschet) prouve aussi que les passions ardentes et désordonnées, quoique simulées, peuvent avoir une certaine influence sur le développement de la maladie que nous étudions; il en est de même des excès et du déréglement des mœurs (obs. de M. Harrison), peut-être aussi de l'habitude de boire beaucoup de vin (obs. de Zannini). Remarquons qu'ici encore nous trouvons un point d'analogie sous le rapport de l'étiologie entre la dilatation partielle du ventricule gauche du cœur et la cardite; car, dans tous les traités de pathologie, les lésions extérieures, les passions vives, les excès, sont placés au premier rang parmi les causes de cette affection.

On est donc forcé d'admettre, en s'en tenant à la simple et pure observation des faits, que la dilatation partielle du ventricule gauche du cœur ne reconnaît pas de cause qui lui soit propre, en tant qu'on la considérera comme une maladie idiopathique. Qu'au contraire, il sera facile, indépendamment de toute idée théorique, de lui trouver, sous ce rapport, la plus grande analogie avec la cardite.

Symptômes.

La symptomatologie de la maladie qui nous occupe est aussi obscure que l'histoire de ses causes. Parmi les faits cités, les uns, et c'est le plus grand nombre, n'ayant été observés qu'après la mort, n'ont pu être examinés que sous le rapport anatomique. D'autres n'ont donné lieu à aucun symptôme qui indiquât même une maladie du cœur. Dans le petit nombre de ceux où une maladie du centre circulatoire a été reconnue ou simplement soupçonnée pendant la vie les symptômes ont été ceux

---

(1) Transact. philos., ann. 1764. — Encyclopédie méthodique, art. méd. t. II, p. 319.

que l'on retrouve ordinairement dans les dilatations générales de cet organe, et si quelques malades ont offert certains symptômes particuliers, ces phénomènes ne sont ni assez nombreux, ni assez tranchés pour jeter beaucoup de lumière sur le diagnostic spécial et différentiel de la dilatation partielle du ventricule gauche.

Ainsi, plusieurs malades ont offert d'assez violens symptômes du côté du cœur (obs. de Galéati, de Walter, de Corvisart, de Zannini, de M. Bérard jeune, de Dance, de MM. Cruveilhier et Harrison), tels que : douleur à la région précordiale, continue ou intermittente, quelquefois augmentant par la pression, durant depuis plus ou moins longtemps ; battemens dans la région du cœur, apparens pour l'observateur dans un cas ; palpitations plus ou moins violentes ; anxiété, difficulté de respirer, orthopnée, crachats spumeux, sanguinolens dans un cas : tous accidens survenant par accès et à des intervalles plus ou moins éloignés, et durant depuis un temps plus ou moins long, dans quelques cas depuis plusieurs années. En outre, on a quelquefois observé la faiblesse, l'inégalité, l'intermittence, ou bien la dureté, la plénitude et la fréquence du pouls, l'œdème des membres inférieurs, la lividité, la bouffissure de la face. Qui ne voit que ces symptômes sont ceux des anévrysmes ordinaires du cœur ? Ils ne peuvent donc rien nous apprendre relativement à la dilatation partielle du ventricule gauche. Remarquons néanmoins que, parmi les observations citées, plusieurs ont offert, en autres accidens, quelques symptômes de nature inflammatoire; ainsi, douleur vive de la région précordiale, augmentant par la pression, mouvemens très-violens du cœur, etc. Je note seulement ce fait, sans y attacher une grande importance, car une simple péricardite consécutive pourrait avoir développé cet appareil phlegmasique.

La percussion et l'auscultation procureront-elles des résultats plus satisfaisans pour éclairer le diagnostic ? Dans aucun des cas cités par les auteurs, on n'a eu recours à ce moyen d'exploration. Dans l'observation que j'ai recueillie, la percussion avait donné un son mat, dans une assez grande étendue de la région précordiale; mais l'auscultation, comme je l'ai dit, n'avait rien appris de positif. L'expérience ne peut donc engager à s'appuyer, pour le diagnostic, sur aucun signe précis fourni par le plessimètre ou le stéthoscope. Examinons, cependant, si l'on peut établir *à priori* quels sont les avantages que, pour l'avenir, il sera possible de tirer de ces deux modes d'exploration.

De la disposition anatomique du cœur dans la dilatation partielle du ventricule gauche, il résulte que, dans certains cas, la percussion pourra fournir un son mat dans la région précordiale. Mais ce signe indiquera ou un épanchement de sérosité dans le péricarde ou une augmentation de volume du cœur. Cette augmentation de volume pourra être due à une hypertrophie excentrique, à une dilatatation avec amincissement des parois ou enfin à une dilatation partielle. Pour distinguer ces trois genres de maladies, nécessairement il faudra invoquer le secours de l'auscultation. En effet, l'impulsion, les différens bruits résultant des contractions du cœur, leur étendue, leur éclat ou leur obscurité, donneront des signes différentiels d'hypertrophie ou de dilatation générales ; mais en donneront-ils pour la dilatation partielle du ventricule gauche, je ne le pense pas. En effet, on a vu que les parois du ventricule, dans cette affection, n'étaient pas hypertrophiées d'une manière notable le plus souvent, que sa cavité n'avait pas une capacité en rapport avec la dilatation dont elle est le siége, attendu que des couches fibrineuses la remplissent en partie ; il devra donc, dans la majorité des cas, n'exister aucun des signes fournis par l'hypertrophie, et par la dilatation avec amincissement des parois. Le seul signe obtenu sera donc un son mat par la percussion, comme cela s'est rencontré dans la seizième observation; et encore ce signe ne pourra-t-il être perçu que quand la dilatation sera assez considérable pour avoir notablement augmenté le volume du cœur. Serait-il possible de tirer quelque parti de ces signes négatifs, pour le diagnostic de la dilatation partielle ? On le pourrait peut-être jusqu'à un certain point pour distinguer cette maladie de l'hypertrophie ou de l'atrophie avec dilatatin générale; mais il y aurait toujours la difficulté de savoir si c'est à un épanchement de sérosité ou à une dilatation partielle que l'on a affaire. Il est vrai que la voussure du thorax dans le point correspondant au péricarde, l'espèce d'ondulation communiquée au liquide par les battemens du cœur, phénomènes notés par les auteurs dans les cas d'hydro-péricardite, pourraient différencier cette maladie de la dilatation partielle : mais ces signes manquent souvent ; et en outre, on reconnaît qu'il est fort difficile de les constater, même quand ils existent.

Je ne cherche pas à apprécier la valeur des bruits anormaux que le stéthoscope peut faire entendre (bruits de soufflet, de rape, de lime, etc.), ces bruits, à ce qu'il me semble, ne pouvant en aucun cas dépendre de l'altération dont nous nous occupons.

Quant à la dépression de l'épigastre, à chaque contraction du cœur, dépendant de l'adhérence de la pointe de cet organe au péricarde et partant au diaphragme, en admettant que ce phénomène existât d'une manière bien réelle et bien évidente, il ne serait qu'un signe de péricardite chronique, et, comme l'a judicieusement fait observer M. Breschet (mém. cit.), il ne servirait pas plus au diagnostic de la dilatation partielle du ventricule gauche du cœur que les autres phénomènes mentionnés.

Voyons donc cependant s'il n'existe pas quelques symptômes spéciaux, dont l'apparition puisse être considérée comme marquant le début de la maladie.

Parmi les faits cités, dans deux seulement on a pu jusqu'à un certain point remonter au point de départ de la lésion. Chez le gondolier observé par Zannini, il y eut une douleur légère et sans danger évident après une chute sur la poitrine ; ce ne fut que six ans après qu'il éprouva certains symptômes dont le siége est loin d'être parfaitement déterminé, et qui par conséquent n'ont qu'un médiocre intérêt. Après la mort de Talma, on apprit de ses parens que quelques années avant sa mort, après de violens efforts de déclamation, il éprouva

une chaleur vive dans la région du cœur et un malaise qui se prolongea pendant un ou deux jours, mais qui n'attira pas son attention. Le premier fait ne nous apprend rien ; dans le second, doit-on considérer les accidens mentionnés comme le véritable point de départ de la maladie? je crois qu'il est permis d'en douter. Car d'abord, quelle confiance doit-on accorder à un récit d'étrangers parlant, après plusieurs années, de faits qu'on leur a racontés et auxquels ils n'ont dû prêter que fort peu d'attention? Mais en admettant le récit comme l'expression de la vérité, je ne vois pas parfaitement le rapport qu'il peut y avoir entre ces phénomènes et le début d'une dilatation partielle du ventricule gauche du cœur. J'aime donc mieux rester dans l'incertitude. Je noterai seulement le phénomène, et s'il se représentait plus tard, il pourrait alors avoir une importance qu'il n'a pas étant isolé.

Il faut donc reconnaître que, dans l'état actuel de la science, il est impossible de rapporter à la dilatation partielle du ventricule gauche du cœur, des symptômes qui lui soient propres, ni à son début, ni dans les différentes phases de son cours.

Cette conclusion n'est-elle pas en opposition avec l'opinion qui admet pour point de départ de la dilatation un ramollissement inflammatoire, opinion que j'ai essayé de soutenir dans cette dissertation? En d'autres termes, est-il possible d'admettre une cardite même partielle sans symptômes bien apparens? Je dirai d'abord que les observations que l'on connaît sur la maladie qui nous occupe, n'ont été recueillies, en quelque sorte, que par hasard ; il a fallu, sur les premiers symptômes, dans les cas rares où l'on a pu avoir un commémoratif, s'en rapporter aux récits des parens des malades ou aux souvenirs de ces malades eux-mêmes ; et ces souvenirs, il fallait encore les reporter à des époques reculées. Or, il n'est personne qui ne sache, pour peu qu'il se soit livré à l'observation clinique, quel peu de confiance il faut accorder à de pareils renseignemens. En second lieu, ne pourrait-il pas exister des cardites latentes, ou au moins ne donnant lieu qu'à des symptômes peu caractérisés et susceptibles d'être appréciés seulement par un observateur attentif et éclairé, comme il existe, de l'aveu de tous les praticiens, des pneumonies et des péricardites latentes? les auteurs répondent affirmativement : ils sont précis sur ce point. Ainsi, le professeur Bouillaud (*loc. cit.*), après avoir exposé les caractères de la cardite très-intense, et avoir dit même que quelquefois dans ce cas la douleur est remplacée par une sorte de gêne et de malaise, s'exprime ainsi : « Lorsque la cardite est moins aiguë ou » *plus circonscrite*, elle peut n'être annoncée par aucun symptôme inquiétant et se borner à précipiter » les battemens du cœur. » Qu'y a-t-il d'étonnant que ces légers symptômes, même en les supposant un peu plus intenses, aient fui de la mémoire des malades, après de longues années? Je me crois donc en droit de conclure que la symptomatologie n'exclue pas l'idée d'une inflammation partielle du cœur précédant sa dilatation locale.

Pronostic.

Le pronostic est grave, comme doit l'être toute altération profonde d'un organe aussi important que le cœur ; cependant, il n'est pas immédiatement ni même nécessairement funeste : les faits cités prouvent que l'on peut vivre longtemps avec le ventricule gauche du cœur partiellement dilaté, et en n'éprouvant que les symptômes ordinaires des anévrysmes du cœur, et encore, dans plusieurs cas, sans éprouver ces symptômes d'une manière notable, même quand la maladie a acquis un grand développement (obs. de M. Breschet, la mienne, etc). De plus, rien ne s'oppose à ce que l'on considère la cavité anévrysmale comme susceptible de s'oblitérer par suite de l'accumulation de caillots fibrineux consistans, surtout si l'orifice du sac est étroit.

Suivant M. Breschet (mém. cit.), « la rupture de la » tumeur anévrysmale est la seule terminaison connue » de cette maladie. » Or, dans les faits cités par lui, cette terminaison n'a pas eu lieu une seule fois. Qui a pu le porter à émettre une pareille opinion? Parmi les autres faits qui ont été rapportés deux fois seulement, la rupture avait eu lieu (obs. de Galeati, de M. Bignardi) ; je n'entends pas parler du fait de Puerarius, dans lequel le même accident était arrivé. La rupture de la tumeur est donc une terminaison rare ; elle ne sera pas à redouter principalement quand le péricarde adhérera à la tumeur, ce qui a lieu le plus souvent.

Traitement.

D'après les faits cités, on ne peut indiquer aucun traitement particulier pour la dilatation partielle du ventricule gauche du cœur. Les remèdes qui ont été employés sont ceux que chaque jour on administre dans les anévrysmes ordinaires de cet organe. On ne peut donc, relativement à la thérapeutique de la maladie que nous étudions, tirer aucune conclusion de ce que l'on a fait. Théoriquement et *à priori* peut-on proposer ce que l'on doit faire? jusqu'à un certain point il serait possible de s'opposer à la dilatation en combattant la cardite préalable, si on était appelé à temps et si elle se manifestait par des symptômes bien tranchés, ce qui le plus souvent n'a pas lieu. Quant à la maladie une fois formée, on pourrait diriger le traitement dans le but de procurer l'oblitération du sac anévrysmal ; mais le diagnostic étant impossible dans l'état actuel de la science, la plus grande incertitude régnera nécessairement dans la thérapeutique ; et quand même la théorie ferait découvrir un traitement rationnel et utile, on ne pourrait pas l'employer, car on ignorerait toujours dans quel cas il est réclamé. On devra donc se contenter de faire la médecine du symptôme, comme l'on fait au reste dans la presque totalité des lésions de nutrition du cœur ; on soulagera le malade, on l'aidera à supporter ses maux avec patience ; et si l'on ne peut le guérir radicalement, on lui rendra moins pénibles et moins douloureux le peu de jours qui lui restent encore à vivre.

Conclusions.

De tout ce qui précède on peut conclure que :

1 Le ventricule gauche du cœur est susceptible de se dilater partiellement, avec amincissement de ses parois; seize observations le prouvent d'une manière irréfragable ;

2° Cette dilatation partielle a été observée comparativement beaucoup plus souvent au sommet qu'en tout autre point du ventricule ;

3° Dans aucun cas, on ne peut prouver que cette dilatation soit le résultat d'une ulcération ou d'une rupture, sans altération préalable, de la membrane interne et des fibres les plus intérieures du plan musculaire;

4° La plupart des faits observés offrant des traces évidentes d'inflammation chronique du ventricule, on est autorisé à penser que cette dilatation a lieu dans la très-grande majorité des cas, pour ne pas dire toujours, sous l'influence d'un ramollissement inflammatoire local de la membrane interne et des fibres charnues du ventricule ;

5° L'examen anatomique des parties empêche de considérer l'affection qui fait l'objet de notre étude comme un anévrysme faux consécutif du cœur ainsi que l'entend Scarpa, attendu que dans les cas où il y a rupture de la membrane interne et des fibres charnues, cette rupture est l'effet du développement de la tumeur et non sa cause productrice;

6° Dans l'état actuel de la science, on ne peut rien établir de positif sur les causes et les symptômes de la maladie ; mais le peu que l'on en connaît n'exclut pas l'idée d'une certaine analogie avec la cardite ;

7° en général, le pronostic quoique grave n'est pas nécessairement funeste;

8° Le traitement n'a rien qui lui soit particulier : c'est celui des affections organiques du cœur.

ARCHIVES GÉNÉRALES

DE

MÉDECINE.

OCTOBRE 1836.

Recherches pour servir à l'histoire pathologique du pancréas (Mémoire couronné par la Société médicale d'Emulation de Paris); par J. T. Mondière, *D. M. P., membre de plusieurs Sociétés savantes, médecin-adjoint de l'hôpital de Loudun (Vienne)*.

(Fin.)

Squirrhe-cancer. — Il résulte des recherches nombreuses auxquelles nous nous sommes livré, que ces altérations sont les plus fréquentes de toutes celles auxquelles est exposé le pancréas. Mais comme dans un assez grand nombre des faits que nous avons recueillis, le squirrhe du pancréas n'existait pas seul, nous n'avons pas dû en tenir compte : car ce ne peut être que par le rapprochement d'observations où le pancréas aura été seul malade, que l'on doit espérer parvenir à distinguer, sur l'homme vivant, le squirrhe du pylore ou du duodénum de celui du pancréas, et arriver à un diagnostic, sinon plus utile au malade, au moins plus sûr et plus satisfaisant pour le médecin. C'est ce qui nous fait regretter que M. Bécourt n'ait pas rapporté, dans tous ses détails, une observation de M. Abercrombie, dans laquelle le pancréas, seul organe malade, était entièrement squirrheux et non changé dans ses dimensions.

Quelques médecins, et M. Roux (1) entr'autres, ont semblé douter que le pancréas pût être le siége primitif du cancer. Mais l'opinion de ce professeur se trouve détruite par les faits que nous allons rapporter ; et l'obscurité qui règne encore aujourd'hui sur le diagnostic de la dégénération dont nous nous occupons maintenant, nous fait un devoir de consigner ici les résultats fournis par toutes les observations qui sont venues à notre connaissance. Toutefois, pour nous renfermer dans les bornes d'un mémoire, nous rapporterons quelques faits seulement dans leur entier, et pour les autres nous nous contenterons de présenter le résumé de ce qu'ils offrent de particulier.

Obs. Ire (2) — M. S. S., jeune homme d'une constitution délicate, très-adonné à l'étude, et menant une vie sédentaire, éprouva quelques années avant sa mort, une douleur obtuse profondément située dans la région épigastrique ; il y avait courbure du corps en avant, et impossibilité de le tenir dans une position verticale, même assis sur une chaise, sans augmentation considérable de cette douleur. Peu de mois après l'apparition de cette dernière, il survint de la dyspepsie, le pyrosis, et par fois des vomissemens. L'appétit était généralement bon, mais aucun aliment ne pouvait être retenu dans l'estomac, si ce n'est le lait, qui formait la plus grande partie de la nourriture du malade.

Les moyens employés contre cette affection furent les émétiques, les cathartiques et les vésicatoires sur la région épigastrique. Ces derniers produisirent toujours de l'amélioration, qui n'était cependant que passagère. La douleur, le pyrosis, les vomissemens existèrent avec plus ou moins de violence jusqu'à quelques mois avant la mort, époque à laquelle il se déclara une phthisie pulmonaire bientôt mortelle.

Autopsie. — Emaciation du corps. La cavité des plèvres contenait un peu de sérosité ; les poumons étaient tuberculeux. Il y avait un léger épanchement dans l'abdomen ; l'épiploon était privé de graisse, l'estomac et les intestins fortement contractés. Le foie, la rate et les organes urinaires étaient parfaitement sains. Le pancréas était le seul viscère abdominal qui offrît des altérations pathologiques ; il était deux fois au moins plus volumineux que dans l'état sain, squirrheux, surtout à son extrémité droite qui embrassait le duodénum, et comprimait si fortement le pylore que son ouverture admettait à peine l'extrémité d'une sonde ordinaire.

Obs. IIe — M. B. S., jeune homme de 27 ans, livré à des occupations sédentaires, et prenant peu d'exercice en plein air, fut pris, un peu avant sa mort, d'une tuméfaction des glandes parotides et sous-maxillaires, ainsi que de quelques ganglions du cou. Cet engorgement disparut tout à coup, et aussitôt après une tumeur considérable se montra dans la région épigastrique, s'accompagnant d'une douleur violente et profonde, et de vomissemens presque continuels. Comme dans le cas précédent, il y avait courbure du corps en avant, impossibilité de garder, soit assis, soit debout, la position verticale, sans augmentation des douleurs. L'estomac ne gardait que les alimens froids. Il y avait ordinairement constipation qui ne cédait qu'aux pur-

(1) *Mélanges de Chir. et de Phys.* Paris, 1809, in-8°, dans le Mémoire sur le cancer.

(2) Cette observation et la suivante appartiennent au docteur Thomas Sawal.

gatifs. Ces substances, les vésicatoires sur l'épigastre, l'opium et l'eau de chaux, furent les moyens les plus efficaces pour soulager le malade; mais leur action ne fut que palliative, la faiblesse et la maigreur firent des progrès, et bientôt la mort survint.

Autopsie. — Organes thoraciques parfaitement sains. L'abdomen contenait un peu de sérosité. L'épiploon était privé de graisse, et l'estomac et les intestins fortement contractés. Le foie, la rate et les reins étaient dans leur état normal. Le pancréas avait un volume triple; son extrémité gauche se prolongeait jusque dans la région lombaire, tandis que la droite, pressant fortement sur le duodénum et l'estomac, avait presque oblitéré l'orifice pylorique. Sa surface était partout irrégulière, dure, résistante, et présentait dans quelques points un tissu squirrheux.

Dans ces deux cas, qui ont entre eux les plus grands rapports, nous ferons remarquer l'âge peu avancé des malades, la marche rapide de la maladie, circonstance à laquelle on doit peut-être d'avoir trouvé le pancréas seul affecté; et si cette opinion venait à être appuyée par de nouveaux faits, il faudrait conclure, contre l'opinion de la plupart des pathologistes, que bien plus souvent qu'on ne pense, le pancréas est le point de départ de ces désorganisations profondes et étendues des organes de la région épigastrique. Il ne faut pas non plus perdre de vue, parmi les symptômes qu'ont présentés ces deux malades, la nature de la douleur, les vomissemens, l'impossibilité de garder une position verticale, et même de redresser le tronc; le pyrosis observé chez le premier, circonstance qui vient encore prêter un appui à l'opinion que nous avons émise sur la nature de cette affection, et chez le dernier, ce gonflement des glandes parotides et sous-maxillaires, qui venant à disparaître subitement, fut remplacé par une lésion semblable du pancréas qui bientôt entraîna la mort. Nous noterons aussi les bons effets des vésicatoires, moyen qui a, constamment dans ces cas et dans bien d'autres analogues, apporté de l'amélioration.

Bien qu'il ne puisse entrer dans notre pensée de donner les deux observations que l'on vient de lire comme le type des dégénérations cancéreuses du pancréas, cependant pour nous renfermer dans les limites que nous avons dû nous prescrire, nous allons nous borner maintenant à résumer brièvement les circonstances les plus importantes au diagnostic, que présentent les faits qui nous restent à examiner, négligeant tout ce qui n'est qu'accessoire. Nous reviendrons d'ailleurs sur quelques-uns de ces faits quand nous essayerons de nous élever à l'histoire générale de notre sujet, et comme nous nous faisons toujours un devoir de citer exactement les sources auxquelles nous puisons, le lecteur pourra, s'il le juge convenable, achever ce que nous n'avons dû en quelque sorte qu'ébaucher dans un travail de cette nature.

Chez une femme de 54 ans, morte en 1831 à la Pitié, dans le service de M. Andral (1), et qui succomba à une affection cancéreuse bornée au pancréas, on observa dans la région dorsale, des douleurs intolérables qui irradiaient dans la partie latérale gauche du thorax, parcouraient toute la région abdominale, et venaient s'éteindre dans la région de la rate. La malade comparait ces douleurs, qui revenaient plus souvent la nuit que le jour, tantôt à des coups de marteau, et tantôt à des coups de poignard. Le pancréas, transformé en une masse cancéreuse, comprimait l'aorte abdominale et les plexus nerveux qui s'épanouissent sur ce vaisseau, circonstance qui rend compte des vives douleurs que la malade éprouvait.

Des vomissemens opiniâtres sont souvent le seul symptôme caractéristique que l'on observe. Ceci arrive dans les cas où la tête du pancréas étant le siége principal de la maladie, le duodénum et le pylore se trouvent comprimés de manière à ne pas permettre le passage des liquides. Alors l'absence des autres symptômes propres au cancer de l'estomac peut faire reconnaître le véritable siége de la maladie. C'est ce qui eut lieu dans un cas rapporté dans *l'ancien Journal de médecine* (1). L'autopsie vint confirmer le diagnostic du médecin.

Mais dans des cas semblables, le diagnostic deviendra bien plus facile si, aux vomissemens et à l'absence de tout symptôme de lésion de l'estomac, se joignent un ptyalisme abondant et des déjections *salivaires*. Tel était le cas de la maladie observée par M. Bobe-Moreau (2), médecin à Rochefort. Ici encore la tête du pancréas étant principalement malade on observa l'ictère et des vomissemens opiniâtres, et plus tard une salivation fatigante et des déjections composées de fluides pituiteux, salivaires, incolores, et sans odeur désagréable.

Cette salivation survenant à une époque plus ou moins avancée de la maladie, et quelquefois dès le début, ce qui, d'après nos recherches, est un symptôme presque constant, a offert dans un seul cas (3), à notre connaissance du moins, un caractère particulier: elle était très-abondante et horriblement fétide. Chez ce malade on observa aussi, comme chez ceux du docteur Sewal, une douleur atroce dans la région lombaire, et qui empêchait le malade de redresser le tronc, dès qu'il était assis ou courbé. Ajoutons enfin que dès le début de la maladie, il y eut des vomissemens de matières glaireuses, symptômes que nous avons déjà fait remarquer plusieurs fois dans ce travail, et que M. Bécourt (4) a eu lui-même occasion d'observer chez un malade qui succomba à un squirrhe du pancréas facilement appréciable au toucher, à travers les parois abdominales.

Ce dernier fait de M. Bécourt suffirait déjà pour contredire ce que Bayle et M. Cayol (5) ont avancé, savoir: que les véritables squirrhes du pancréas sont peu volumineux et ne peuvent être palpés distinctement à travers les parois abdominales. Déjà cependant avant l'époque

(1) Lancette française, T. V, N° 18.

(1) 1791. T. LXXXIX, p. 73.

(2) Bulletin de la Soc. méd. d'Emulation, 1823, p. 393.

(3) Journal universel. T. LVII, p. 5.

(4) Loc. cit., p. 60.

(5) Dictionnaire des Sciences médicales. T. III, p. 642.

à laquelle écrivaient ces deux médecins, M. Marjolin (1) avait publié un cas de squirrhe du pancréas, dans lequel on découvrait, par le toucher, une tumeur volumineuse, bien que la tête de l'organe fût malade. Cette dernière circonstance doit déjà faire pressentir au lecteur l'existence d'un symptôme dont nous avons déjà parlé, savoir, une coloration ictérique de la peau.

Cette tuméfaction du pancréas, appréciable dans un très-grand nombre de cas, est quelquefois le siége de pulsations très-fortes, comme dans le cas suivant: Une femme non mariée, âgée de 47 ans, éprouvait dans la région épigastrique une douleur continuelle qui s'étendait dans l'hypochondre gauche et augmentait par la pression. Le toucher faisait découvrir une tumeur qui était le siége d'une forte pulsation ; il y avait maigreur extrême, constipation, inappétence ; plus tard survinrent des vomissemens. Le pancréas était squirrheux, et l'artère splénique était comprise dans la tumeur formée par cette glande dégénérée (2). Ici, on voit qu'on aurait pu, jusqu'à un certain point, commettre une méprise, et croire à l'existence d'un anévrysme de l'aorte ou d'un autre vaisseau, et la méprise eût été d'autant plus pardonnable, que jusqu'à nos jours l'attention des médecins n'a que très-peu été fixée sur les affections du pancréas.

C'est à cette espèce d'oubli qu'il faut sans doute rapporter l'erreur dans laquelle tomba M. A. Petit (3). Un homme se présente portant à l'épigastre une tumeur qui avait le volume, la forme et tous les caractères extérieurs d'une hernie : elle avait succédé à de violens efforts ; elle était molle, compressible, facilement réductible, s'accompagnait de hoquet et de vomissemens. Petit crut reconnaître une hernie par étranglement de l'estomac et du colon. En présence de tous ses collègues, il opère et trouve en effet l'estomac au centre de la tumeur, mais il n'était point renfermé dans un sac herniaire ; *le pancréas engorgé l'avait poussé en avant, et le tenait comprimé entre sa surface interne et les parois abdominales ;* il éprouvait là une espèce d'étranglement qui occasionnait tous les accidens trompeurs de la hernie ; il adhérait fortement au pancréas.

Les affections chroniques du foie, organe auquel quelques physiologistes font jouer un rôle dans l'hématose, ont été regardées comme la cause la plus fréquente de l'anémie symptômatique. Cette opinion s'appuie sur des faits irrécusables. Mais au foie seul n'appartient point ce privilége, car les altérations du pancréas ont été suivies du même effet, comme il résulte de quatre observations publiées par Abercrombie (4), et dans lesquelles il existait un état anémique très-prononcé.

Dans toutes les observations que nous avons précédemment citées, la mort est survenue sans que le cancer du pancréas fût passé à l'état de ramollissement et d'ulcération ; mais il n'en est pas toujours ainsi, et on a vu assez souvent le squirrhe ulcéré envahir et détruire l'estomac, le duodénum, un gros vaisseau, et donner lieu à des vomissemens de sang et même à des hémorrhagies mortelles. Le docteur Mattheis (1) a vu l'estomac perforé dans une grande étendue, vers la région pylorique, chez un homme qui succomba après avoir éprouvé les symptômes ordinaires du cancer du pancréas (vomissemens, éructations acides, tumeur, douleur vive aux lombes, augmentant la nuit, comme chez la malade de M. Andral, etc., etc.)Chez une femme dont Hasenœhrl (2) relate l'observation, il y eut une hémorrhagie assez abondante par la bouche. A l'autopsie, l'estomac et les intestins furent trouvés pleins de sang ; quelques vaisseaux de l'estomac avaient été détruits par l'ulcération. Van Doeveren (3) a vu un cas tout semblable. Le docteur Mabille (4) a recueilli un fait dans lequel un examen attentif de la portion ulcérée du pancréas fit découvrir l'artère splénique mise à nu, isolée de toutes parts, très-amincie dans ses parois, et ouverte dans deux endroits voisins l'un de l'autre par des ruptures fort longues. Enfin M. Vidal (5) a vu un cas dans lequel le pancréas offrait une ulcération large et assez profonde vers la cavité du duodénum ; à sa surface il y avait un caillot de sang. Le docteur Bright, si connu par la maladie à laquelle il a donné son nom, a rencontré plusieurs fois cette dernière circonstance, et c'est dans des cas de cette espèce qu'il a observé un symptôme auquel il attache beaucoup d'importance pour le diagnostic du cancer du pancréas. Ce symptôme consiste dans un état particulier des évacuations alvines dont une partie plus ou moins considérable présente les caractères d'une substance huileuse ou graisseuse. Le travail du docteur Bright ne fut connu en France qu'après le 1er janvier 1834, terme de rigueur pour la remise des mémoires destinés au concours ouvert par la Société médicale d'Émulation de Paris. Curieux de savoir si le symptôme signalé par le médecin anglais était passé inaperçu pour nous, nous avons relu avec soin tous les cas de cancer du pancréas que nous connaissions, mais dans aucun nous n'avons trouvé ce symptôme indiqué, bien que dans beaucoup d'entre eux les observateurs aient pris soin de noter la plupart des évacuations alvines. Nous sommes donc portés à croire que ce signe ne peut avoir l'importance qu'on a voulu lui donner ; d'ailleurs, M. Bright avoue lui-même qu'il l'a remarqué dans des cas où il n'y avait aucune altération du pancréas (6).

(1) Bibliothèque médicale. T XXVIII, p. 73 note.

(2) The Edinburgh Journal. T. XXVI, p. 381.

(3) Discours sur les maladies observées à l'Hôtel-Dieu de Lyon, inséré dans *Médecine du cœur*, Lyon, 1806, in-8° p. 307.

(4) The Edinburgh médical Journal, 1824. Tome, XXI, page, 243.

(1) Ratio Instituti clinici romani. Romo 1816; in-4° de 38 pp. et 42 tableaux in-folio. Obs. XV.

(2) Hist. med. morb. epid. page. 60.

(3) Obs. path. anat. 1789 T. II, obs. 3.

(4) Recherches sur certaines lésions organiques de l'estomac. Thèse, Paris, 1822, N° 139, pages 20.

(5) La Clinique. Décembre 1829, T. I, page, 234.

(6) *Voyez* l'extrait qui a été donné du travail du docteur Bright, dans les Archives de Médecine, 1834, 2e série. T. IV, p. 248.

Si nous étudions maintenant les effets que produisent les squirrhes du pancréas sur les parties qui l'entourent, nous verrons que ces effets varient suivant l'organe qui supporte la compression la plus forte, car c'est presque toujours de cette manière qu'ils agissent. Lorsque le pylore se trouve comprimé, l'estomac peut se dilater énormément, et le plus ordinairement alors il y a des vomissemens opiniâtres. Chez une dame (1) qui, après la répercussion de la gale, fut prise des symptômes d'une affection du pancréas, et surtout de cardialgie, les alimens étaient vomis sans avoir subi la moindre altération. Elle périt dans le marasme. Toutefois ce symptôme n'est pas constant : Michaélis (2) a vu un cas où il n'y avait pas eu de vomissement, bien que le duodénum et le pylore fussent comprimés au point d'admettre à peine un tuyau de plume; l'estomac était très-dilaté. Lorsque c'est la portion inférieure du duodénum qui est comprimée, le passage de la bile dans les intestins n'a plus lieu, et elle est rejetée avec les alimens, comme chez le malade dont parle Juppin (3). Le canal cholédoque seul peut être comprimé : alors le cours de la bile est encore suspendu, et c'est dans des cas de cette espèce que l'on observe une teinte ictérique foncée. Ce canal se dilate énormément quelquefois; dans un cas il offrait un diamètre de deux pouces (4). Des altérations diverses du foie peuvent résulter de la rétention du fluide qu'il sécrète. Ainsi chez une femme (5) de 70 ans qui se plaignait depuis longtemps de douleurs lancinantes dans l'abdomen, et qui, peu observée pendant la vie, sembla succomber à une altération primitive du foie, on trouva le pancréas qui avait pris un développement prodigieux et était presque converti en tissu lardacé. Le docteur Brierre de Boismont, qui rapporte ce fait, ne balance pas à regarder comme cause de la maladie du foie, la tumeur du pancréas qui, comprimant les canaux biliaires, a dû arrêter le cours de la bile : celle-ci, par son séjour irritant l'organe, y a déterminé l'afflux du sang, et par suite diverses altérations. Chez cette femme il existait aussi une teinte ictérique de la peau très-prononcée, et nous pensons que beaucoup d'ictères, sans lésion apparente du foie, doivent être attribués à une hypertrophie du pancréas. Nous dirons à ce sujet que nous nous rappelons avoir lu dans les premiers volume du *London medical Journal*, une longue polémique soutenue par quelques médecins qui voulaient s'attribuer la découverte de cette cause fréquente de l'ictère.

Dans un cas fort curieux où la tête du pancréas devenue squirrheuse comprimait le canal pancréatique à son orifice duodénal, M. Cruveilhier (6) a vu ce canal prodigieusement dilaté.

(1) Ancien Journal. T. XXVI, page 144.

(2) Bibliothèque médicale. T. XLII, page 127.

(3) Ancien Jour. T. LXXXIX, page 73.

(4) The Lancet. Avril 1827.

(5) Archives de Médecine. T. XVI, p. 132.

(6) Anatomie pathologique. T. I, page 286.

Nous avons dit et cité un fait à l'appui, que de la compression de la veine-porte et de ses branches pouvait résulter l'hydropisie ascite. La même cause peut donner lieu à l'hématémèse, et si l'on apportait une sage critique dans l'examen des maladies que les auteurs anciens ont décrites sous le nom de *maladie noire*, on verrait que beaucoup devraient être rapportées au pancréas (1).

Rahn (2) et Portal (3) ont vu l'aorte rétrécie par une tumeur squirrheuse du pancréas, et dans deux autres cas la compression de cette artère entraîner l'apoplexie (4). Enfin Portal (5) et Salmade (6) ont observé des anévrysmes considérables du même vaisseau produits par la même cause.

Encéphaloïde. — Cette dégénération a été observée trois fois par Abercrombie (7), une fois par M. Mériadec Laënnec (8) ; enfin par M. Duponchel (9). C'est de l'observation de ce dernier qu'il a été question quand nous avons parlé des kystes du pancréas. Chez un soldat qui avait offert pour symptômes : digestion pénible, tumeur ovoïde, rénittente en dessus et un peu à gauche de l'ombilic, et paraissant très-adhérente; vomissemens, constipation opiniâtre, douleur à l'épigastre avec sentiment de torsion, puis enfin régurgitations d'un liquide brunâtre et d'une odeur fétide, on trouva tous les organes sains, et à la place du pancréas, dont il n'existait aucun vestige, un kyste à parois épaisses, d'un volume égal à celui d'un enfant nouveau-né, et renfermant une matière brunâtre qu'on ne peut mieux comparer qu'à du sang coagulé qui aurait été mêlé avec des débris de substance cérébrale; ce kyste communiquait par une ouverture large comme une pièce de dix sols, avec le duodénum, qui offrait des traces de phlegmasie chronique.

Tubercules. — Quoique la dégénération tuberculeuse du pancréas soit assez rare, elle a cependant été mentionnée depuis longtemps. C'est à cette altération que nous croyons devoir rapporter le cas recueilli au milieu du siècle dernier par Varnier (10), médecin à Vitry-le-

(1) *Voyez* à l'appui de cette proposition des observations rapportées par Portal (Observations sur la nature et le traitement du melæna, dans Mém. de la Soc. méd. d'Émulation. T. II, p. 107); par Rhodius (Journal complémentaire. T. XXI, page 80); par Latour (Histoire philosophique des hémorrhagies. Orléans, 1828; 2 vol. in-8°); par Porce (Journal de Corvisart. T. XXXIII, page 344).

(2) Diagnosis scirrhorum pancreatis. Obs. anat. pathol. illustrata Gottingue, 1796. — Recus. in Brera. T. II, page 99.

(3) Anatomie médicale. T. V, page 356.

(4) Portal, Traité de l'apoplexie, page 390; et Rahn, Loco cit. page 108.

(5) Traité de l'apoplexie; page 390.

(6) Recueil périodique. T. III, page 454.

(7) Loc. cit., page 518.

(8) Revue médicale, 1824. T. III.

(9) Bulletins de la Soc. méd. d'Émulation de Paris, année 1824, page 76.

(10) Ancien Journal. T. III, p. 9.

Français : Chez une femme déjà âgée, qui avait éprouvé des douleurs entre les épaules et une chaleur extraordinaire à la région épigastrique, on trouva le foie sain, le poumon droit *ulcéré*, et le pancréas plein de glandes scrofuleuses. Quelques années plus tard, Glatigny (1), médecin à Falaise, observa la même dégénération chez une fille de 23 ans morte hydropique. Depuis, les tubercules du pancréas ont été observés par le docteur Nasse (2), professeur à Bonn; par M. Bouillaud (3) : dans ce cas, la masse tuberculeuse comprimait le canal cholédoque et avait donné lieu à une dilatation considérable de la vésicule biliaire, dilatation qui, pendant la vie, en imposa pour une affection organique du grand épiploon; par le docteur Reynaud (4), sur les singes; par le docteur Emmert, sur des chats (5); par M. Mitivié (6); sur les cadavres des docteurs Marquis (7) et M. A. Petit (8); et enfin deux fois par Harles (9). M. Bécourt (10) a traduit une des observations du professeur allemand; ici, comme dans les autres lésions organiques du pancréas, on retrouve encore pour symptômes : rapports aigres avec excrétion de matières glaireuses et salivaires, diarrhée de même nature alternant avec la constipation; salivation, vomissement, douleur profonde à l'épigastre, etc., etc. Le pancréas, plus volumineux, offrait des tubercules nombreux, et dans leur intervalle sa substance était entièrement ramollie, et se laissait déchirer avec la plus grande facilité.

Mélanose. — De toutes les dégénérations organiques que peut présenter le pancréas, la mélanose est la moins connue encore; et si nous en parlons ici, c'est dans le but seulement de prouver que cette glande est susceptible, comme les autres organes, de toutes les altérations de tissu que l'anatomie pathologique a fait connaître jusqu'à présent. Henri (11) dit avoir vu tous les organes de l'abdomen envahis par la mélanose. Gohier (21) rapporte avoir trouvé de la mélanose dans le pancréas : il ne dit rien de plus, mais il ne peut appliquer à cette glande ce qu'il dit des salivaires et surtout des parotides, qui souvent présentent à leur centre diverses petites tumeurs noires, dont la forme varie à l'infini. Enfin le docteur Mackenzie (1), dans un ouvrage dont nous avons donné une longue analyse dans un journal de médecine, a trouvé de la mélanose déposée dans le pancréas d'un homme qui succomba à une dégénération mélanique du globe de l'œil.

Calculs. — Merklin (2), de Graef (3), Schurigius (4), Portal (5), et beaucoup d'autres, ont observé des calculs formés dans le pancréas.

Pour les calculs pancréatiques, plus peut-être que pour tous ceux qu'on observe chez l'homme, la cause première de leur formation paraît être un obstacle à l'écoulement facile du liquide sécrété par le pancréas. C'est ce que semblent prouver plusieurs observations : ainsi Galeati (6) rapporte qu'à l'autopsie d'un homme qui avait souffert pendant longtemps de douleurs précordiales, de vomissemens et de constipation, et avait eu plusieurs fois des ictères, on trouva la tête du pancréas changée en une espèce de sac de la grandeur d'un œuf de poule, contenant une vingtaine de petites pierres. Thomas Cowley (7) cite un cas analogue. Ce médecin a trouvé le pancréas plein de calculs fortement enchâssés dans sa substance. Ces pierres avaient différens volumes, mais n'excédant pas celui d'un pois; elles étaient blanches et formées d'un certain nombre d'autres petites, ce qui rendait leur surface inégale. L'extrémité droite du pancréas était très-dure et semblait squirrheuse.

Ces calculs peuvent se former aussi dans le conduit excréteur de la glande. Baillie (8) en a trouvé un de la grosseur d'une amande de noisette, d'une forme irrégulière et d'une couleur blanche. Eller (9) et Wollaston (10) ont observé des faits analogues.

Quels sont les effets que produisent ces calculs développés au centre du tissu du pancréas ou arrêtés dans son conduit excréteur ? Nous croyons que, dans ce dernier cas, l'hypertrophie ou un simple gonflement de la glande peuvent en être le résultat. Pour cela nous nous appuyons sur l'analogie : en effet, le chirurgien Hermann (11), de Hassfurt, ayant été obligé d'enlever, par l'instrument tranchant, la glande salivaire droite qui avait acquis la grosseur du poing, trouva dans le canal de Wharton trois pierres rugueuses, d'un jaune pâle, qui allaient de la grosseur d'une lentille à celle d'un noyau de datte. Ajoutons que dans le cas de Eller, cité

(1) Ancien Journal. T. VII, p. 38.

(2) Leichenœffnungen zur Diagnostik und pathologischen Anatomie. Bonn, 1821, in-8o, p. 194.

(3) Archives de Médecine. T. II, p. 198.

(4) Archives de Médecine. T. XXV, p. 165.

(5) Journal complémentaire. T. V, p. 226.

(6) Diss. sur l'hydrocéphale aiguë. Thèse. Paris, 1820, N° 258, p. 23

(7) Journal universel. T. XLIV, p. 347.

(8) Journal de Leroux, Boyer et Corvisart. T. XXII, p. 406.

(9) Loc. cit., p. 9.

(10) Loc. cit., p. 65.

(11) Diss. de abscessu mesenterii et musculorum planè singulari. Halle, 1712; in-4° Recus. in Halleri Disp. med. T. III, p. 513.

(12) Mém. et Obs. sur la chir. et méd. vétérinaires. Lyon, 1813. T. I, p. 334.

(1) Practical treatise on the diseases of the eye. Londres, 1830. In-8° de xvi-861. pp. — Voir *Achives de médecine,* T. XXV, p. 73, 242 et 517.

(2) Ephem. nat. cur., dec. 1, an. 8, obs. 50.

(3) Loc. cit., p. 86.

(4) Lithologia; cap. 2, art. 28.

(5) Loc. cit. T. V, p. 356.

(6) De morbis duobus observ. 1758, p. 26.

(7) London medical Journal. T. IX, p. 266.

(8) Loc. cit., p. 263.

(9) Collection académique, partie étrangère. T. IX, p. 87.

(10) Pemberton. loc. cit., p. 68.

(11) Bibliothèque médicale T. XXIV, page 259.

plus haut, le pancréas était *squirrheux*. Portal (1) dit avoir trouvé une douzaine de pierres dans le pancréas d'un homme mort subitement d'un anévrysme de l'aorte, résultat de la compression exercée sur cette artère par les calculs. Enfin Fournier (2) rapporte un cas d'abcès du pancréas qui nous parait avoir été produit par des calculs.

Histoire générale. — Après avoir exposé la plupart des faits intéressans que des recherches poursuivies avec persévérance pendant plusieurs années nous ont fait connaître, il nous resterait à en présenter les résultats dans une histoire générale du sujet. Mais quelque nombreuses que puissent paraître, à certains lecteurs, les observations que nous avons citées, nous ne pensons pas cependant qu'étayé sur elles seules, on puisse dès aujourd'hui poser les bases d'un semblable travail. Essayons cependant de nous élever à quelques considérations générales.

Causes. — Un des causes dont l'influence a été facile à apprécier dans plusieurs cas que nous avons rapportés, c'est l'usage du mercure, dont l'action s'est fait sentir immédiatement sur le pancréas, ou a retenti sympathiquement sur cet organe après s'être portée sur les glandes salivaires. Cette cause est une des plus fréquentes, et nous sommes persuadés que beaucoup d'accidens qui survenaient du côté du tube digestif à une époque où une abondante salivation était regardée comme nécessaire pour la guérison de la syphilis, doivent être attribués à une surexcitation du pancréas. Comme preuve nous pourrions citer un assez grand nombre des observations que M. Van-Dekeere a consignées dans un mémoire (3) que nous engageons le lecteur à lire avec attention. Il y reconnaîtra plusieurs symptômes d'une pancréatite légère présentée tantôt comme un embarras gastrique, tantôt comme une gastro-entérite peu intense etc., etc.

Après l'abus des précautions mercurielles, celui du tabac mérite le plus d'être cité ; cette cause a évidemment agi dans plusieurs des observations que nous avons rassemblées, et depuis longtemps on a signalé sur les glandes salivaires et les organes digestifs la funeste influence de l'habitude excessive de fumer ou de mâcher du tabac, et même de l'exposition à ses émanations. Toutefois, d'après des recherches faites dans ces derniers temps, il paraîtrait que ces émanations ne seraient pas aussi nuisibles qu'on l'avait cru jusqu'à présent. Consultez sur ce sujet un travail intéressant publié par Parent-Duchâtelet et M. Darcet (4). Disons cependant qu'il résulte des renseignemens fournis par plusieurs des médecins attachés aux diverses manufactures, que les phlegmasies chroniques des organes digestifs sont les

(1) Loc. cit. T. V, p. 356.

(2) Ancien Journal. T. XLV, p. 149.

(3) Observations sur des phlegmasies causées par l'administration du mercure. Journal-général de Médecine, 1829. T. CVI, page 36.

(4) Annales d'hygiène publique. 1829. T. I, page 169.

principales maladies des ouvriers occupés à la préparation du tabac. Nous regrettons de n'avoir pu consulter à ce sujet le travail publié par M. Pointe (1).

Les liqueurs alcooliques prises immodérément (*voyez* l'observation de Crampton et plusieurs autres), les purgatifs souvent répétés, la grossesse (*voyez* plus haut), etc., sont encore des causes fréquentes de l'inflammation et des dégénérations du pancréas. Souvent aussi l'inflammation débute par l'estomac ou le duodénum, et se propage ensuite à cette glande. M. Casimir Broussais a, dans sa dissertation inaugurale (2), noté l'influence des surexcitations du duodénum sur *l'obstruction* du foie et du pancréas. Mais nos sommes surpris que l'auteur, qui signale cette influence, n'ait point dit dans quel état il a trouvé le pancréas à l'autopsie de deux individus dont il rapporte les observations, et qui succombèrent à une duodénite chronique. Nouvelle preuve qui montre la justesse de la réflexion que nous avons faite au commencement de ce mémoire.

A ces causes, il en faut joindre d'autres dont l'action est moins facile à apprécier, et qui ont été indiquées par plusieurs auteurs : l'administration longtemps continuée du quinquina, les médicamens échauffans, les métastases rhumatismale, varioleuse, etc., des calculs arrêtés dans le canal pancréatique, l'hystérie, l'hypochondrie, etc., il est difficile de déterminer si cette dernière affection est cause ou effet. Nous rappellerons ici que Gianella (3) raconte qu'un prêtre eut, à la suite de l'hypochondrie, une salivation de matières lymphatiques si abondantes, qu'il en crachait plus de deux livres dans l'espace d'un jour. Il faudrait peut-être admettre une disposition héréditaire : Fleischmann (4) parle d'un père et d'un fils, exerçant la même profession, et morts tous deux d'une maladie du pancréas. Nous avons nous-même cité l'observation d'un homme qui, comme son père et au même degré, a présenté divers symptômes que nous croyons devoir rattacher à une lésion du même organe. Enfin, nous dirons que le docteur Puguet (5) rapporte que les engorgemens chroniques du pancréas sont très-fréquens dans la Haute-Egypte. Nous ferons une remarque relativement à ce que disent les auteurs sur l'emploi trop prolongé du quinquina dans les fièvres intermittentes, comme causes des maladies du pancréas ; c'est que peut-être, c'est moins au médicament qu'à la prolongation de la fièvre, qu'il faut attribuer l'inflammation et les engorgemens de cette glande : rappelons-nous en effet combien ceux de la rate et du foie sont communs à la suite de ces fièvres,

(1) Observations sur les maladies auxquelles sont sujets les ouvriers employés à la manufacture royale des tabacs de Lyon. Lyon, 1828 ; in-8°.

(2) Sur la duodénite chronique. Thèse. Paris, 1825, N° 59, page 18.

(3) Dumas, *Maladies chroniques*. 1812, in-8°, p. 101.

(4) *Leichenœffenungen*. Erlangen, 1815 ; obs. 39.

(5) *Mém. sur les fièvres de mauvais caractère du Levant et des Antilles*. Lyon, 1804; in-8°.



et disons que M. Broussais (1) a rencontré les veines du pancréas énormément dilatées à la suite d'irritations qui avaient été intermittentes. Nous pensons aussi qu'il convient de ranger parmi les causes de la pancréatite les inflammations des parotides et leurs métastases, car ce que l'analogie de structure et la relation sympathique font présumer *à priori*, est confirmé par les faits. Ainsi M. Andral a vu le pancréas fortement injecté chez un individu qui succomba à une fièvre grave, et qui avait une parotide énorme ; et si des métastases ont lieu fréquemment sur les parotides, sur les testicules chez l'homme, et sur les mamelles chez la femme, et d'autres fois sur d'autres organes essentiels à la vie (2), il n'y a pas de raison pour que le pancréas ne soit aussi quelquefois le siége d'une semblable métastase : c'est ce que notre ami le docteur Robouäm a observé, il y a quelques années, sur un individu qui fut pris d'une parotide volumineuse, laquelle, venant à disparaître subitement, fut remplacée par une douleur assez vive et profondément située dans l'épigastre, et celle-ci disparaissant à son tour, il survint un gonflement inflammatoire du testicule qui, quelques jours après, fut lui-même remplacé par une parotide. Un vésicatoire appliqué sur la glande calma les vives douleurs que le malade éprouvait, et fixa l'inflammation qui se termina par suppuration.

Symptômes.— Sans pouvoir assigner ici l'ordre dans lequel les symptômes de la pancréatite aiguë apparaissent, voici ceux que l'on a observés le plus souvent : dyspepsie, anxiété vers la région épigastrique, avec chaleur et douleur fixe, obtuse, profonde, et s'étendant vers l'hypochondre droit et à la poitrine ; soif, ardeur du gosier, éructations acides, pyrosis, gastrodynie, nausées et quelquefois vomissemens de matières filantes et salées, le plus ordinairement constipation, quelquefois diarrhée, surtout dans le cas où la pancréatite succède à la salivation ; d'autres fois celle-ci, au lieu de précéder la pancréatite, en est un effet sympathique ; souvent alors on observe un gonflement des glandes parotides ; les matières des selles sont souvent aqueuses et plus ou moins analogues au liquide salivaire. Quand l'inflammation est très-vive, on observe des douleurs aiguës à l'épigastre, le plus souvent alors il y a tuméfaction du pancréas, et l'on sent quelquefois une tumeur circonscrite, presque circulaire, sensible à la pression, et que l'on peut, jusqu'à un certain point, distinguer de celle formée par un squirrhe du même organe, parce qu'on la sent céder sous une pression soutenue (3) ; le décubitus sur le dos est pénible et souvent impossible, la douleur augmente dans la toux, l'inspiration et quand les malades ont l'estomac plein et se couchent sur le côté gauche ; la langue blanchâtre n'offre point la rougeur qu'on observe dans la gastrite ; la fièvre est rarement très-forte.

(1) *Phlegmasies chroniques* ; 4e édition. T. I, p. 151.
(2) Murat, *Loc. cit.*, p. 24.
(3) *Voyez* notre 3e observation.

Nous pensons que le médecin qui soupçonne une affection du pancréas doit par dessus tout porter son attention sur l'état des glandes salivaires et sur leur sécrétion. Fourcroy (1) avait déjà observé que dans les *obstructions* du pancréas, les glandes salivaires séparaient plus de salive que dans l'état naturel, et M. Jallat (2) rapporte qu'il a trouvé le pancréas augmenté de volume chez une jeune fille qui avait commis de nombreux écarts de régime, et qui avait, pendant plusieurs années, souffert d'une salivation très-abondante. Quelquefois, loin qu'il y ait augmentation dans la sécrétion de la salive, il y a au contraire diminution, et c'est cette circonstance qui aida M. Maria Gelcen (3) à établir son diagnostic dans un cas où d'autres médecins croyaient avoir affaire à un squirrhe du pylore. L'autopsie permit de reconnaître la certitude du diagnostic de M. Gelcen. Ce cas a présenté aussi cette circonstance dont nous avons parlé un peu plus haut, savoir, la possibilité de sentir céder sous une pression assez forte la tumeur formée par le pancréas, et ce signe, joint à la diminution de la sécrétion salivaire, permit à ce médecin de prononcer qu'il n'y avait point squirrhe du pylore.

Mais, et cette remarque nous paraît importante pour la thérapeutique des maladies du pancréas, faudra-t-il, dans tous les cas où il y aura vomissement d'un liquide analogue à la salive et des selles aqueuses, conclure qu'il y a inflammation de cette glande? Nous ne le pensons pas. En effet, la sécrétion d'un organe peut être augmentée sans que cet organe soit le siége d'une phlegmasie. Ainsi dans le diabètes, si on a rencontré quelquefois des traces d'inflammation dans les reins, bien plus souvent encore aucune lésion appréciable de ces organes n'a pu être découverte après la mort : et si MM. Cruveilhier (4) et Andral (5) n'ont pu apercevoir aucune trace d'inflammation dans les glandes salivaires, l'un chez un individu qui avait depuis longtemps un ptyalisme, et l'autre chez un homme mort pendant la salivation, n'en peut-on pas conclure que ces sécrétions abondantes des glandes salivaires et pancréatiques peuvent tenir à une autre cause qu'à l'inflammation ?

Nous avons vu que le pancréas est susceptible des différentes altérations organiques que l'anatomie pathologique a fait connaître jusqu'à présent. Mais comment, pendant la vie, pouvoir distinguer la véritable nature de la lésion qu'on observe? Peut-il, par exemple, exister des signes assez tranchés pour qu'à leur aide il soit possible de distinguer un squirrhe de l'hypertrophie simple du pancréas, les kystes de cet organe de la dégénération graisseuse? Nous pouvons hardiment répondre par la

(1) Art de connaître et d'employer les médicamens dans les maladies du corps humain. Paris, 1785, in-12, T. II, page 200.
(2) Nouvelle Bibliothèque médicale. T. II, page 375.
(3) Des sympathies des organes du corps humain. *Journal complémentaire*. T. XI, page 10.
(4) Compte rendu des travaux de la Soc. anatomique. 1830, page 29.
(5) Anatomie pathologique. T. I, page 345.

négative, et affirmer même que longtemps encore la même obscurité régnera sur le diagnostic différentiel de chacune des transformations organiques de la glande pancréatique. Nous sommes donc dans l'impossibilité absolue de fixer, quant à présent, les signes qui appartiennent à telle ou telle lésion, et dans la nécessité de nous borner à une symptomatologie générale. Ajoutons que ce n'est pas seulement entre elles qu'il est difficile de distinguer ces diverses désorganisations, mais encore de ne pas les confondre avec celles d'autres organes voisins. Ainsi on les a confondues avec des squirrhes du duodénum et du pylore. Ainsi M. Ribes (1) dit qu'on a pris un squirrhe du pancréas pour un calcul du rein; ainsi Laënnec (2) a vu une altération de cette espèce simuler une phthisie pulmonaire. « J'ai vu plusieurs fois en consultation, dit ce médecin, avec mes confrères MM. Récamier et Richerand, une jeune dame qui semblait phthisique et fort avancée dans la maladie. J'affirmai constamment que les poumons me paraissaient sains, et effectivement ils furent trouvés tels à l'ouverture de son corps. La maladie était due à un squirrhe du pancréas accompagné d'un simple catarrhe. »

Ceci posé, voyons quels sont les symptômes que l'on rencontre le plus ordinairement dans les lésions dont il est question, et étudions-les l'un après l'autre. Ces symptômes sont : la douleur, la constipation, la diarrhée, la salivation, le vomissement, l'ictère, les tumeurs formées par le pancréas, et l'émaciation.

Douleur. — La douleur est un symptôme presque constant; mais elle varie beaucoup dans sa nature. Légère d'abord, elle ne consiste qu'en un sentiment de chaleur, puis d'une ardeur brûlante qui remonte le long de l'œsophage et est accompagnée d'une saveur aigre et de l'expuition d'un liquide âcre ou insipide (Rahn). Consulté à cette époque, le médecin serait porté à considérer cette douleur comme tenant à une simple gastrodynie (3); mais bientôt elle devient obtuse, profonde, et son siége est rapporté par les malades à la colonne vertébrale; quelquefois elle s'étend dans tout l'abdomen. Quelques malades la comparent à des pincemens, d'autres à des coups de couteau, d'autres enfin à des battemens sourds et très-incommodes. Chez beaucoup d'entre eux elle empêche la position verticale et même assise; elle rend très-douloureuse l'action de redresser le tronc et les oblige à se tenir courbés; chez quelques-uns elle se renouvelle plus souvent la nuit que le jour et est en même temps plus vive; ce qu'il faut peut-être attribuer à la position. Chez un homme, dont l'observation est consignée dans la *Gazette de santé* (1), il exista d'abord une espèce de barre transversale et douloureuse qui fut plus tard remplacée par des douleurs atroces que ne put calmer l'opium, qui étaient toujours plus vives après les évacuations, et revenaient, pour ainsi dire, périodiquement, pendant la nuit, et avec plus de violence que pendant le jour. Mais son caractère principal c'est d'être profondément situé vers la colonne vertébrale, et ce caractère n'a point échappé à Chopart (2), qui a avancé que le *mal de reins*, ou le lumbago, reconnaît souvent pour cause une affection du pancréas. Il a trouvé cet organe squirrheux chez un individu qui s'était plaint de lumbalgie. Dans un cas où de semblables douleurs avaient existé, Bartholin a trouvé un abcès au centre de cette glande. Chez un malade atteint d'une dégénération du même organe, nous avons vu que M. Andral observa des douleurs intolérables dans la région dorsale, douleurs qui s'irradiaient dans la partie gauche de la poitrine, et venaient, après avoir parcouru tout l'abdomen, s'éteindre dans la région de la rate.

Constipation, Diarrhée. — Ces deux symptômes sont tellement liés à l'existence des lésions organiques du pancréas, que dans toutes les observations que nous avons lues, nous les avons rencontrés et vus se succéder alternativement. Le plus ordinairement une constipation opiniâtre se manifeste d'abord, puis apparaît ensuite une diarrhée de matières muqueuses et offrant quelquefois tous les caractères du liquide salivaire ou pancréatique. Cette diarrhée, nous ne l'avons jamais vue accompagnée de coliques ou de douleurs particulières, ce qui peut servir à la faire distinguer de celle qui tient à une entéro-colite. Elle a toujours lieu dans les derniers temps de l'existence des malades, alors même qu'elle n'a pas existé primitivement. Abercombie (3) cite un cas remarquable sous ce rapport. Nous croyons inutile de revenir ici sur le symptôme que le docteur Bright a indiqué et sur lequel nous nous sommes déjà expliqués.

Vomissement. — Dans le commencement, chez beaucoup de malades, il y a chaque matin vomissement d'un liquide plus ou moins analogue à la salive. Ce symptôme a été observé par Heinecken et par nous-même. Plus tard ces vomissemens deviennent continuels, et aux matières vomies se joignent de la bile, et les alimens en totalité ou en partie. Dans un cas, Juppin a observé pour tout symptôme un vomissement opiniâtre; c'est ce qui a eu lieu surtout dans les cas où le pancréas hypertrophié comprime le duodénum et le pylore. Quelques auteurs, et Dœring, cité par M. Bécourt (4) prétendent même que dans les affections des deux derniers organes, les vomissemens sont moins constans et moins rebelles que dans les affections du pancréas. Ceci ce-

(1) *Diss. sur la néphrite*, Thèse, Paris, 1824, n° 59, page 23.

(2) *Traité de l'Auscultation*, tome I, page 695.

(3) Dans le cours de ce travail nous sommes, à plusieurs reprises, revenus sur la fréquence, comme symptômes des maladies du pancréas, du pyrosis et de la gastrodynie, et l'importance que nous y avons attachée se trouve confirmée par deux faits récemment publiés, et dans lesquels la gastrodynie fut le symptôme prédominant. (*Archives de Médecine*, 1836, 2ᵉ série, tome X, page 239).

(1) 1824. Numéro de septembre, page 215.

(2) *Maladies des voies urinaires*, Paris, 1821; in-8°, tome I, pages 113 et 118.

(3) *Loc. cit.*, page 245.

(4) *Loc. cit.*, page 77.



pendant n'est pas constant, et nous avons cité une observation où le duodénum était presque complétement fermé et l'estomac très-dilaté, sans qu'il y eût eu de vomissement.

Salivation. — Ce symptôme, fréquent dans l'inflammation aiguë, s'observe aussi dans les affections chroniques du pancréas. Plusieurs des observations que nous avons rapportées constatent ce fait. J.-P. Frank (1) a vu un individu réduit au marasme par un squirrhe du pancréas, rejeter par jour 6 livres de salive. Nous avons également vu que le malade dont le docteur Mazeau nous a transmis l'histoire, et qui succomba à un cancer du pancréas, eut une salivation très-abondante et horriblement fétide. Ce symptôme fut également observé par M. Force sur un malade qui succomba à une dégénération cartilagineuse du pancréas, et à ce sujet M. Berthomieu (2) fit observer à la Société de médecine pratique que la salivation était un des symptômes les plus constans des affections de cet organe. Même opinion est professée par M. Polinière (3), médecin distingué de Lyon, qui dit l'avoir toujours observé dans les affections organiques du pancréas. Nous ajouterons que les vomissemens sont quelquefois précédés d'une salivation abondante. Entre autres médecins qui ont observé cette particularité, nous citerons M. Maria Gelcen (4), qui, appelé auprès d'un individu qu'il soignait depuis quelque temps d'une affection chronique du pancréas, le trouva dans des angoisses terribles, et rendant de pleines gorgées de salive qui précédaient le vomissement de quelques matières à peine altérées. Ces gorgées de salive avaient toujours été les avant-coureurs ordinaires des vomissemens. Disons aussi que dans les deux seuls cas de squirrhe du pancréas que sa pratique lui a fournis, Brera (5) a observé un hoquet très-opiniâtre qui survenait après l'ingestion des alimens, et qui diminuait aussitôt après un vomissement spontané.

Tumeur. — Lorsque le pancréas a acquis un volume assez considérable, le toucher peut faire reconnaître une tumeur profondément située entre l'appendice xyphoïde et l'ombilic, circonscrite, immobile et presque toujours plus ou moins sensible à une forte pression. C'est surtout dans les cas où elle était volumineuse que l'on a observé l'impossibilité de redresser le tronc, et même de garder le décubitus sur le dos (Crampton). Dans un cas (Sewal) il y eut d'abord gonflement des parotides, et celui-ci venant à disparaître subitement, une tumeur se montra dans la région épigastrique. Cette tumeur peut en comprimant les canaux biliaires donner lieu à l'ictère, ou à des vomissemens abondans et continuels

(1) *De curandis hominum morbis Epitome*. Ticini Regii, 1792; in-8°, tome V, page 87.

(2) *Journal de Corvisart*, tome XXXIII, page 344.

(3) Tavernier, *Réflexions sur l'anat. path.* Thèse, Paris, 1834, n° 88, page 14, note.

(4) *Journal complémentaire*, tome XI, page 12.

(5) *Sylloge opusc. select.* Ticini, 1798; in-8°, tome II, page 125.

de bile, quand la portion inférieure du duodénum se trouvant fortement comprimée ne peut plus permettre l'écoulement de ce liquide dans les intestins. Cette tumeur peut être soulevée par l'autre et présenter des mouvemens d'élévation et d'abaissement, ou bien encore offrir des battemens isochrones à ceux du pouls, comme dans l'observation que nous avons rapportée, et où l'artère splénique était comprise dans la masse formée par le pancréas dégénéré.

Émaciation. — Dans les affections qui nous occupent, l'amaigrissement survient de bonne heure, et est quelquefois accompagné d'un véritable état d'anémie, ce qu'il faut attribuer à ce que la chylification est imparfaite par suite de l'absence ou de l'altération du liquide pancréatique. Pemberton dit (1) même que l'on observe constamment une émaciation plus considérable que dans des affections chroniques des autres organes abdominaux.

Traitement. — Dans le traitement des affections du pancréas comme dans celui des maladies de tout autre organe, la première indication qui se présente consiste à éloigner les causes qui les ont produites, ou au moins chercher à atténuer leur influence. De ce que nous avons exposé en cherchant à déterminer celles de la pancréatite aiguë et chronique, découlent donc des préceptes thérapeutiques importans, mais que le lecteur aura trop bien saisis, pour qu'il soit nécessaire de revenir ici sur ce point, et nous allons, autant du moins que l'expérience le permet, établir ce qu'il convient de faire lorsque la phlegmasie est développée.

Lors donc qu'on aura à combattre une pancréatite aiguë, on devra recourir à un traitement antiphlogistique, et mettre en usage les émissions sanguines générales et locales, le repos, une diète sévère, des boissons rafraîchissantes, des bains, des cataplasmes émolliens, des lavemens mucilagineux, etc., etc. Les saignées générales ne peuvent être utiles ici que dans les cas où on a affaire à un individu très-fort et très-pléthorique : alors elles favorisent les bons effets des saignées locales qu'il faut répéter aussi longtemps que les symptômes persistent. Nous avons vu que par ces moyens on avait obtenu la résolution de plusieurs pancréatites. On n'a point fait usage dans les observations que nous avons rapportées des ventouses scarifiées, mais il est probable que leur action serait plus énergique que celle des sangsues, et nous pensons qu'on devrait y avoir recours. Les légers minoratifs ont paru, dans quelques cas, contribuer à la guérison, surtout alors que l'inflammation avait été diminuée par les antiphlogistiques. C'est alors aussi qu'on peut recourir aux vésicatoires appliqués sur la région épigastrique. Si, comme dans le cas que nous a communiqué le docteur Roboüam, une parotide, venant à disparaître subitement, était remplacée par quelques symptômes d'irritation du pancréas, il ne faudrait pas hésiter à appliquer un vésicatoire sur la glande

(1) A Practical treatise on various diseases of the abdominal viscera. Londres, 1807; in-8°, p. 166.



primitivement affectée. Nous avons vu que Schmackpfeffer a une fois tenté ce moyen avec assez de succès. Harles a employé l'élixir acide de Haller, et attribué à ce remède des vertus toutes particulières. Il vante également ce remède contre la phthisie pancréatique, contre laquelle il préconise en outre l'ammoniaque. Enfin on pourrait tâcher de produire une diaphorèse abondante, puisque nous avons vu une pancréatite jugée par des sueurs. (Obs. 2e)

Quant au traitement des phlegmasies chroniques et des altérations organiques du pancréas, on est trop souvent réduit à des moyens palliatifs. On s'attachera donc à combattre, par les remèdes appropriés, les symptômes qui présenteront le plus de gravité, comme le voulait Pemberton, qui recommandait particulièrement dans ces cas le régime végétal et lacté. Les moyens dont il a déjà été question, trouveront encore ici leur application. Mais ce sera surtout sur les révulsifs extérieurs qu'il faudra compter le plus. Ainsi nous avons vu l'emploi des vésicatoires appliqués sur l'épigastre, procurer constamment de l'amélioration aux malades (Percival, Sewal). Les moxas dont l'action est la plus énergique devraient, ce nous semble, leur être préférés. Le docteur Berlioz (1) dit que les masticatoires et les frictions mercurielles sont des moyens de guérison pour les engorgemens du pancréas : nous ne savons sur quels faits ce médecin s'appuie pour parler ainsi, mais nous pensons que ce n'est qu'avec la plus grande réserve que l'on doit, dans des cas de cette nature, avoir recours aux préparations mercurielles. Ce que nous avons dit sur les causes probables de certains cas de maladies du pancréas explique assez cette réserve. Sur quoi se fonde encore cet auteur pour dire (2) que l'opium donné à hautes doses peut non-seulement calmer les douleurs du squirrhe du pancréas, mais encore le rendre stationnaire ? Il faut, dit-il, en porter la dose jusqu'à dix grains dans l'intervalle de peu d'heures. Quand on émet ainsi des idées que repoussent également et la théorie et l'expérience, il faudrait au moins citer les faits sur lesquels elles reposent.

Nous nous bornerons à l'indication de ces moyens, parce que ce sont les seuls dont l'expérience ait, jusqu'à présent, constaté, nous ne dirons pas les succès, mais au moins l'utilité dans quelques cas. Espérons qu'à mesure que les maladies du pancréas seront étudiées avec plus de soin et mieux connues, leur thérapeutique deviendra plus positive et plus efficace.

(1) Mém. sur les maladies chroniques, les évacuations sanguines et l'acupuncture. Paris, 1816, in-8°, p. 115.

(2) Loc. cit., p. 142.

Recherches cliniques pour servir à l'histoire des maladies des vieillards ; faites à la Salpêtrière, par MM. Hourmann, agrégé de la Faculté, médecin du Bureau central, et Dechambre, interne des hôpitaux.

(Cinquième et dernier mémoire.)

Pneumonie des vieillards. (2e Partie.) *Symptomatologie. Symptômes généraux.*

Nous arrivons à l'étude des diverses réactions sympathiques que provoque la pneumonie chez les vieillards. Le premier fait à noter, c'est l'obscurité qui, sous ce rapport encore, tend souvent à envelopper le diagnostic, et nous rappellerons à ce propos les observations que nous avons déjà citées dans notre dernier mémoire à l'article *Invasion*. On voit que l'inflammation du poumon peut atteindre son plus haut degré et même entraîner la mort, sans que l'état général de l'organisme manifeste, pour ainsi dire, la moindre atteinte.

Les désordres sympathiques de la pneumonie, chez les vieillards, présentent d'ailleurs des traits qui complètent le tableau *spécial* qu'offre la maladie à cet âge.

1° Il est très-rare que la pneumonie parcoure ses périodes sans dérangement des facultés intellectuelles. C'est communément à la période de suppuration du parenchyme qu'on l'observe ; mais souvent le trouble de l'intelligence éclate beaucoup plus tôt. Ce trouble peut consister en un véritable délire fugace ou continu, tranquille ou agité, habituellement plus fort et plus bruyant aux approches de la nuit ; plus souvent, et ce caractère est particulier aux vieillards, ce n'est pas une perversion, mais un simple affaissement des facultés cérébrales. Sans qu'il y ait déraison dans les paroles, ni extravagance dans les actes des malades, ils sont dans un état d'hébétude remarquable. Ils comprennent à peine les questions les plus simples ; la mémoire des événemens les plus récens leur échappe ; il est impossible d'obtenir un compte exact de ce qu'ils éprouvent ; ils restent taciturnes et salissent leur lit sans s'en apercevoir. Il importe de distinguer cet état de *l'adynamie* proprement dite, car il peut se lier à l'intégrité complète de l'action musculaire et à la réaction fébrile la plus franche.

La disposition mentale où se trouvent les malades imprime à leur physionomie une expression indéfinissable, mais qui frappe et qu'on n'oublie plus. On est loin d'observer aussi souvent que chez l'adulte la coloration rouge des pommettes, et ces mouvemens alternatifs de dilatation et de resserrement des ailes du nez qui décèlent la gêne de l'hématose dans les poumons enflammés. La face prend bien plus ordinairement un aspect comme terreux ; les narines se sèchent et s'obstruent par une sorte de pulvérulence que tamisent et retiennent les poils déliés qui garnissent leurs orifices.

Nous devons dire que le mode particulier de trouble intellectuel sur lequel nous venons d'insister, s'observe

dans un grand nombre d'autres maladies chez les vieillards; mais c'est aux approches de l'agonie, et alors il constitue un signe funeste; tandis qu'ici il se montre à une époque très-rapprochée du début, n'implique pas même, comme nous l'avons dit, l'état adynamique, et n'a plus une importance égale pour le pronostic.

Quand il arrive, dans des cas qu'on peut considérer comme exceptionnels, que les facultés restent intactes, ou ne se dérangent qu'à de courts instans, la céphalalgie est à peu près constante, il s'y joint quelquefois des étourdissemens.

2° L'influence sympathique exercée sur les fonctions du tube digestif par la pneumonie, chez les vieillards, est généralement beaucoup plus prononcée que chez l'adulte. Elle se manifeste, soit par une constipation opiniâtre, soit par une diarrhée qui tantôt se déclare d'emblée, et tantôt remplace la constipation. La diarrhée s'observe surtout à un degré avancé de la pneumonie, et tend plus que chez l'adulte à s'établir d'une manière permanente après l'emploi des purgatifs.

L'examen de la langue mérite une attention particulière. Elle n'offre presque jamais le développement rouge des papilles, moins rarement on la trouve blanchâtre et collante, mais le plus souvent elle est sèche et racornie. Fendillée dans tous les sens, tantôt sillonnée de plis longitudinaux dus à une espèce de froncement de son épithélium desséché; quelquefois large et plate, d'autres fois ramassée ou pointue, elle est lisse et d'une rougeur uniforme plus ou moins foncée; ou bien brune et même noirâtre, elle est recouverte d'un enduit fuligineux qui se répand parfois sur les gencives et jusque sur les lèvres. Ici encore nous devons prévenir que l'état typhoïde n'est nullement décidé par ces divers aspects de la langue qui s'observent dans les pneumonies dont la marche est d'ailleurs la plus régulière.

3° Les sécrétions glandulaires ne subissent pas de modification très-remarquable. Le seul fait que nous ayons à noter sur ce point, c'est que nous avons vu un certain nombre de vieilles femmes être prises, dans le cours d'une pneumonie, d'un besoin fréquent et irrésistible de rendre leur urine, sans qu'il y ait eu d'ailleurs augmentation bien sensible de la quantité absolue de ce fluide.

4° *Etat de la peau et du pouls.* — On sait que dans beaucoup de circonstances, les désordres du pouls ne peuvent suffire à caractériser le mouvement fébrile, et l'étymologie du mot *fièvre* dit assez que ce mouvement a dû primitivement se mesurer sur le degré de température du corps perceptible au toucher. Ce n'est pas ici le lieu de préciser le véritable sens attaché aujourd'hui à cette expression *fièvre*, après l'extension qu'on lui a fait subir; mais ce que nous voulons établir, c'est que cette insuffisance de l'état du pouls à la détermination de la fièvre, se fait particulièrement sentir dans la pneumonie du vieillard, et nous allons voir qu'il s'en faut aussi que, dans ce cas, l'état de la peau se mette toujours en rapport avec la nature et la gravité du désordre intérieur.

Nous poserons d'abord un fait général, savoir : que ces quatre phénomènes, *force, plénitude du pouls, chaleur, moiteur de la peau,* phénomènes si importans chez l'adulte qu'on les a regardés presque comme inséparables de l'inflammation du poumon, ne se présentent que très-rarement réunis dans la pneumonie du vieillard, d'où résulte habituellement la plus grande discordance entre l'état du pouls et celui de la peau.

Relativement au pouls on devra, en le consultant, tenir compte, avant tout, de ce que nous avons dit (2° Mémoire) de sa fréquence habituelle chez le vieillard; pour que cette fréquence soit morbide, il faudra donc qu'elle atteigne au moins 90 pulsations.

Il en est assez souvent ainsi; mais cette fréquence du pouls ne se manifeste dans un bon nombre de cas que plusieurs jours après l'invasion de la maladie, et dans d'autres, seulement à sa dernière période. Nous nous sommes assurés de ce fait sur des vieilles femmes prises de pneumonie sous nos yeux, et dont nous avions antérieurement bien étudié le pouls. Quelquefois encore le pouls, fréquent d'abord, redevenait ensuite normal, et tandis que chez l'adulte ce retour à une régularité apparente de la circulation dans le cours de l'inflammation pulmonaire, atteste le plus souvent l'affaissement des forces, et marque les derniers momens de la vie, chez le vieillard, au contraire, nous l'avons observé à toutes les époques de la maladie et à tous ses degrés.

La force du pouls est un symptôme encore moins constant que sa fréquence. Nous l'avons trouvé petit dès le début, chez beaucoup de malades. La force et la fréquence ne s'excluent pas nécessairement ici; toutefois ce dernier accident du pouls se lie à peu près toujours à la faiblesse.

L'irrégularité du pouls est un phénomène plus commun dans la pneumonie des vieillards, et une circonstance à remarquer, c'est qu'on l'observe plus souvent encore dans l'engouement passif du poumon que dans son inflammation franche. On peut la voir naître et cesser alternativement avec l'engorgement du parenchyme. Dans ces cas, l'*intermittence* est le principal mode d'irrégularité qui affecte le pouls, et alors il y a souvent ralentissement notable des pulsations. Quand le pouls est fréquent, son irrégularité affecte tous les modes.

Au reste, pour que, soit la force, soit l'irrégularité du pouls, aient une véritable valeur, il faut avoir assisté à leur développement, car l'un et l'autre de ces symptômes peuvent se lier et se lient souvent en effet chez le vieillard à une maladie organique du cœur.

Pour ce qui est de l'état de la peau relativement à sa chaleur et à sa moiteur, nous trouvons, comme pour le pouls, de nombreuses variations. Le plus ordinairement la peau est chaude et sèche, et peut garder ce caractère jusqu'aux approches même de l'agonie, puis elle se refroidit et tantôt alors elle reste sèche, tantôt, ce qui est plus rare, elle se couvre d'une sueur humide qui devient quelquefois poisseuse. Dans d'autres cas, la peau présente son *état naturel* pendant tout le cours de la maladie. Enfin, nous l'avons vu se couvrir de moiteur sans que la température fût augmentée.

En résumé, si l'on réfléchit à toutes ces observations fournies par l'état du pouls et celui de la peau, et si, de plus, on y joint la discordance qui existe si souvent entre ces deux sources de signes, la peau pouvant n'éprouver aucun changement dans sa température quand le pouls a pris un excès de fréquence et de force, *et vice versâ*, on ne cessera de reconnaître combien, dans l'histoire de la pneumonie des vieillards, les phénomènes diffèrent à chaque instant de ceux que l'étude de l'adulte semblait devoir rattacher le plus invariablement à cette maladie.

Les divers troubles que suscite sympathiquement l'inflammation du poumon chez le vieillard, et que nous venons d'analyser, examinés dans leur ensemble, se groupent en plus ou moins grand nombre, et joints à quelques autres d'un nouvel ordre, présentent un appareil morbide susceptible de revêtir les trois formes principales du mouvement fébrile continu, savoir : la forme inflammatoire, l'adynamique et l'ataxique.

La première forme, celle dite *inflammatoire*, est très-rare, comme on peut en juger d'après ce qui a été été dit.

La forme adynamique est plus commune. C'est aussi celle que généralement on signale. Toutefois elle offre plusieurs nuances, et la question mérite d'être examinée avec soin. Nous avons déjà présenté plus haut la distinction importante qui doit être faite entre l'état d'abattement des facultés intellectuelles qu'entraîne presque nécessairement l'inflammation du poumon chez les vieillards, et la prostration de l'état *adynamique* proprement dit. Nous avons également insisté sur une distinction semblable à faire, à propos des désordres des voies digestives et des altérations d'aspect de la langue en particulier, point bien digne d'attention sous le rapport du pronostic, et surtout sous celui des indications thérapeutiques.

La forme réellement adynamique de la pneumonie des vieillards offre elle-même deux variétés.

Dans la première, le début de la maladie ne présente rien de spécial. Il peut être aigu ou latent ; plus souvent il est latent. Mais à mesure que la pneumonie fait des progrès le malade tombe dans une prostration extrême ; la peau est chaude, sèche, la face est très-colorée, les lèvres se couvrent de fuliginosités, l'intelligence devient complétement obtuse. Il peut n'y avoir aucun symptôme du côté du tube digestif. Ce qui impose surtout ici le cachet adynamique, c'est l'annihilation de l'action musculaire et la dépression progressive du pouls, qui finit souvent par disparaître dans les derniers momens. C'est là la pneumonie *adynamique* que les auteurs ont décrite, et dont ils entendent seulement parler quand ils disent qu'elle est très-fréquente chez les vieillards.

Mais il existe une autre variété bien différente, qu'on peut dire *essentiellement typhoïde*, qui n'a point été signalée d'une manière explicite, et dont l'un de nous a déjà exposé les principaux traits dans un travail publié dans *Journal des Connaissances médico-chirurgicales* (année 1834). Dans cette variété de la forme adynamique de la pneumonie des vieillards, les symptômes que nous venons de décrire se représentent ; mais, d'une part, ils sont précédés par ce mode particulier d'invasion, dont nous avons parlé (précédent mémoire. *Arch.*, N° de septembre), comme très-fréquent aux mois de mars et avril, et marqué par l'angine, du coryza, des épistaxis, de la céphalalgie occipitale, des étourdissemens, du délire, et une faiblesse musculaire telle que les malades ne peuvent se tenir debout, alors même que l'inflammation du poumon est à peine commencée. D'autre part, ces symptômes d'adynamie sont presque toujours accompagnés de désordres du côté des voies digestives, ballonnement du ventre, diarrhée, nausées ; vomissemens, soit au début, soit surtout dans le cours de la maladie. Le système nerveux paraît avoir reçu de profondes atteintes. Des douleurs vives se font souvent sentir dans un ou plusieurs points du corps, et plus spécialement dans les mollets, les talons. Quelquefois la plus légère pression des parois abdominales provoque des plaintes aiguës que rien à l'autopsie ne vient expliquer. C'est dans cette variété qu'on observe ces points de côté qui s'irradient jusque dans les fosses iliaques, et tellement douloureux qu'ils s'exaspèrent vivement par le simple toucher du sein. A l'autopsie, des noyaux d'apoplexie sanguine sont mêlés à l'hépatisation, et c'est surtout alors qu'on rencontre cet *état pultacé* que M. Andral assigne à la lésion du poumon dans la fièvre typhoïde. On trouve en même temps du sang extravasé dans les tuyaux bronchiques ; des ecchymoses souvent très-profondes et très-larges occupent encore une foule de points du tissu cellulaire. La rate est ordinairement volumineuse, le foie gorgé de sang ; les intestins présentent de nombreuses traces d'inflammation saisissables par la rougeur et le ramollissement de la muqueuse, et dans plusieurs cas nous avons trouvé un développement anormal sans *ulcération* des plaques de Peyer, et plus souvent des glandes de Brunner. Le cerveau est presque toujours dans un état de congestion. On voit combien cette seconde variété de la pneumonie adynamique, qui mériterait mieux le nom d'*ataxo-adynamique*, est différente de la première.

Celle-ci, beaucoup moins fréquente que ne paraissent le croire les auteurs, ne s'observe ordinairement que chez les vieilles femmes qui ont conservé un embonpoint prononcé, et dont nous avons formé notre première catégorie, et le mouvement fébrile de forme inflammatoire précède généralement la forme adynamique. L'adynamie dans ce cas est véritablement le résultat des forces épuisées, *oppressio virium*, et c'est l'occasion d'apprécier au juste la valeur séméiotique des fuliginosités de la muqueuse buccale qui n'indiquent, en définitive, qu'une altération du mucus par une exsudation sanguine, suite du trouble de la circulation, et le contact de l'air que répète ici l'embarras de la respiration.

La pneumonie ataxo-adynamique, ou *essentiellement typhoïde*, s'observe presque exclusivement aux mois de mars et d'avril. Elle sévit sur les vieilles femmes de tous les types. Bien plus, elle ne se borne point aux vieillards ; les jeunes filles infirmes que renferme la

Salpêtrière en sont quelquefois atteintes. Chez ces dernières seulement la prostration est moins grande, mais les désordres du système nerveux sont plus tranchés, en d'autres termes la forme ataxique l'emporte sur l'adynamique.

Quand on cherche à retrouver à la Salpêtrière la fièvre adynamique que Pinel a présentée comme endémique dans cet hospice (Voy. *Nos. phil.*, p. 138, 5ᵉ éd., et *Méd. clin.*), l'on est bientôt convaincu que cette fièvre n'est autre que la variété de pneumonie que nous venons d'examiner et qu'il a méconnue. C'est surtout dans les phénomènes d'invasion qu'il signale, que nous voyons les traits de notre tableau. Ce sont aussi les mêmes dispositions chez les vieillards atteints. Dans les épidémies que décrit Pinel, comme dans celles dont nous avons été témoins, c'était toujours les vieilles femmes qui gardent le lit qui étaient particulièrement frappées, etc.

Si maintenant on considère par combien de points de contact la pneumonie *typhoïde* des vieillards touche aux fièvres *essentielles*, ou si l'on veut *primitives*, dans sa cause déterminante la plus active (une constitution atmosphérique spéciale qui étend son action même sur les jeunes sujets), dans sa physionomie symptomatique et sa marche qui semblent se maintenir complètement en dehors de l'influence de la lésion locale, et jusque dans les caractères anatomiques (épanchemens apoplectiformes des poumons, ecchymoses du tissu cellulaire, inflammation de l'intestin, etc.); si, disons-nous, on tient compte de toutes ces considérations, on concevra aisément que la phlegmasie pulmonaire ait échappé à Pinel, à une époque où la sentence de Baglivi sur les maladies des poumons avait encore toute sa force, et au milieu de préoccupations d'esprit qui détournaient alors des investigations sévères de l'anatomie pathologique.

Nous venons de voir quels graves désordres peuvent signaler la pneumonie des vieillards; mais dans un très-grand nombre de cas, cette inflammation ne diffère de ce qu'on observe chez l'adulte que par l'absence ou le peu d'intensité des symptômes généraux.

La pneumonie *intervésiculaire* ne paraît pas devoir se distinguer de la pneumonie vésiculaire par les symptômes généraux plus que par les troubles locaux. Cependant d'après le relevé de nos dix-huit cas, nous ne trouvons pas une observation où la réaction ait été intense. Le cours de la maladie a été constamment marqué par la langueur qui a signalé le début. Une sorte de suffusion séreuse avec pâleur des tégumens, surtout dans les derniers temps, n'est pas rare. Un fait maintenant assez remarquable, c'est que, dans aucun cas d'adynamie *réelle*, nous n'avons trouvé la forme *intervésiculaire* de l'inflammation.

Etat du sang. — Un des traits spéciaux les plus remarquables de la pneumonie des vieillards, est fourni par l'état du sang. L'existence de la *couenne inflammatoire* est partout considérée comme un caractère à peu près immuable encore, dans l'inflammation des poumons, au point qu'on a avancé que le nom de couenne *pneumonique* lui conviendrait beaucoup mieux comme désignation générique, que celui de couenne *pleurétique* qui lui est généralement affecté. Nous n'avons pas à examiner de quelle exactitude serait cette dernière dénomination soumise à l'observation chez les vieillards; mais à coup sûr celle de couenne *pneumonique* n'est pas étayée par les faits recueillis dans le cours de l'inflammation des poumons à cet âge. Ce n'est, en effet, que dans la minorité des cas, que la pneumonie s'accompagne de l'état couenneux du sang. Sur vingt-quatre saignées pratiquées chez des sujets qui succombèrent, le sang ne fut couenneux que huit fois. Il le fut neuf fois sur 23 saignées suivies de guérison; en somme, 17 fois sur 47 saignées.

Dans les 17 cas où s'était montrée la couenne inflammatoire, le début avait été latent une fois et 15 fois aigu. Une fois il n'avait pu être déterminé.

Dans les trente cas où la couenne avait manqué, le début avait été 11 fois latent et 18 fois aigu; une fois encore sa forme ne fut pas notée. D'où il suit que l'état couenneux du sang se lie manifestement plus fréquemment à la forme aiguë, c'est-à-dire, au mode le plus franchement inflammatoire de la maladie.

Cette absence de la couenne du sang ne doit peut-être pas être rattachée en entier à sa disposition organique. On sait avec quelle force le sang s'échappe de la veine chez les pneumoniques adultes en proie ordinairement à une réaction intense. Chez le vieillard, au contraire, cette réaction est si faible ou du moins si courte, que le plus souvent le sang ne jaillit plus, mais sort en bavant de la veine, quoique largement incisée; or, cette circonstance est, comme on le sait, très défavorable à la production de la couenne.

Du reste, les qualités physiques du caillot sont généralement tout à fait différentes de celles offertes par le sang couenneux. Le sang n'est pas rouge et ferme, mais tout au contraire mou et noir, ou verdâtre. Quelquefois même le sang ne se concrète pas; il prend une consistance demi-liquide analogue à celle de la mélasse, et dans la plupart des cas on peut noter la petite quantité ou l'absence complète de la sérosité.

Tous ces caractères du sang qu'on rencontre dans les pneumonies les mieux constatées, même par l'autopsie, sont, comme on le voit, ceux de l'asphyxie. Ils seront facilement compris si l'on se rappelle ce que nous avons dit de la gêne qu'apporte naturellement à l'hématose la raréfaction de l'organe respiratoire, et l'oblitération des capillaires, et si l'on tient compte de l'étendue habituelle de la pneumonie des vieillards, ainsi que de la facilité avec laquelle se congestionnent consécutivement les parties déclives et encore perméables des poumons. Ne faut-il pas voir dans ce défaut d'oxygénation du sang, une des causes principales de la faiblesse de la réaction inflammatoire dont la pneumonie s'accompagne si souvent dans la vieillesse?

Marche et durée de la pneumonie. — Après ce que nous avons dit plus haut sur les nombreuses variations que les symptômes présentent, soit dans leur intensité, soit dans leur enchaînement, nous n'avons à signaler,

relativement à la *marche* de la maladie, qu'un seul fait qui soit spécial à la vieillesse; c'est la rapidité avec laquelle l'inflammation parcourt quelquefois ses périodes.

L'observation faite par M. Louis, de la marche rapide des inflammations chez les vieillards, est surtout applicable à la pneumonie.

Nous avons cherché quelle avait été la moyenne de durée dans nos 109 observations détaillées (précéd. Mémoire); mais nous devons dire de suite combien cette recherche offre d'incertitudes; d'abord parce que nos vieilles femmes, ne pouvant juger de la gravité de leur mal que par l'altération de leur santé générale, appréciation souvent trompeuse, ne viennent que trop tard à l'infirmerie, et ne peuvent donner que des renseignemens très-inexacts sur le début; en second lieu, parce que, comme on le verra, la pneumonie des vieillards a rarement une terminaison franche et entière à laquelle on puisse imposer une date. Voici cependant, après avoir relu et médité chacune d'elles, le résultat auquel nous sommes parvenus.

Sur nos 109 observations bien détaillées, la durée moyenne de la pneumonie a été de 9 jours 7/10

En considérant sous le même point de vue dans la *Clinique* de M. Andral, les observations de pneumonies relatives à des adultes, on trouve que la durée moyenne a été de 11 jours.

M. Chomel avec Laënnec admet sept à vingt jours;

M. Bouillaud huit à douze jours, moyennant son traitement et la guérison.

On voit donc que chez le vieillard la marche de la pneumonie est constamment plus rapide que chez l'adulte. Mais il est curieux de voir quelle différence existe sous le rapport de la durée entre les pneumonies guéries et celles terminées par la mort.

Dans 33 observations relatives aux premières, la durée moyenne de la maladie fut de 14 jours 3/10, tandis que dans 76 relatives aux secondes, cette durée ne fut que de 7 jours 7/10.

Ce résultat sera surtout digne de remarque, si l'on considère que dans la première de ces deux séries, la pneumonie ne dépassa que six fois le premier degré, tandis que dans la seconde série tous les cas appartiennent aux deuxième et troisième degrés.

Diagnostic. — Le diagnostic de la pneumonie des vieillards s'exerce sur trois points. Il s'agit de constater : 1° *l'existence même de la maladie;* 2° le degré auquel elle est arrivée; 3° son siége précis. Il est bien entendu que nous n'avons à nous occuper que des difficultés speciales qui peuvent naître de la spécialité des symptômes, et non des cas où l'affection se présente avec ses signes caractéristiques connus et bien évidens.

A. *Existence de la pneumonie.* — Nous apprécierons d'abord la valeur des signes rationnels.

1° Nous n'avons rien à dire, sous ce rapport, de ces cas où manquent à la fois et les symptômes généraux et les signes tirés du trouble fonctionnel local (*Voy.* 4° Mémoire), cas qui sans être très-communs, sont malheureusement loin d'être rares. Il est clair que les signes physiques peuvent seuls ici faire éviter l'erreur, et à ce sujet nous émettrons une proposition qui ne sera certainement contredite par aucun médecin qui aura pratiqué pendant quelque temps à la Salpétrière, c'est que si l'on veut se mettre à l'abri de tout mécompte, il faut à chaque visite percuter et ausculter la poitrine de toutes les malades, quelles que soient d'ailleurs les affections qui aient nécessité leur entrée à l'infirmerie. Il n'y a presque pas de jour, l'hiver, où l'on ne constatera des congestions pulmonaires et même de véritables hépatisations, qu'aucun indice n'a pu faire soupçonner chez des femmes soumises cependant depuis longtemps à une observation quotidienne. Les erreurs qui nous sont échappées nous ont fait un devoir de ne plus négliger ces investigations, qui régleront désormais notre conduite auprès de tous les vieillards malades qui se confieront à nos soins.

2° Dans d'autres circonstances, les troubles fonctionnels locaux (toux, dyspnée, point de côté, etc.), manquent encore, ou s'ils existaient auparavant, n'augmentent pas d'intensité (voy. *loco citato*,); mais les malades n'ont plus d'appétit, le facies s'altère; il y a faiblesse, fièvre, malaise général et indéfinissable. Ces seuls symptômes, ordinairement si vagues, doivent déjà chez les vieillards attirer l'attention du côté des poumons, et cela pour plusieurs raisons. D'abord, parce que ce sont les organes qui s'affectent le plus facilement; en second lieu, parce qu'une lésion *aiguë*, ayant son siége dans la cavité abdominale ou la cavité encéphalique, et assez *intense* pour abattre ainsi les forces et exciter un mouvement fébrile, se manifeste ordinairement par quelque désordre fonctionnel bien tranché (constipation opiniâtre, diarrhée, coliques, céphalalgie, délire, étourdissemens, etc.), tous symptômes que les malades ou les médecins ne laisseront point échapper; enfin parce que, de toutes les lésions aiguës observées chez les vieillards, c'est l'inflammation du poumon qui est le plus susceptible de porter une atteinte profonde à l'économie, sans donner lieu à des symptômes locaux bien déterminés.

Au reste, dans beaucoup de circonstances le médecin pourra réellement développer à volonté ces symptômes, ou du moins les rendre plus évidens. Ainsi il arrive quelquefois que la percussion éveille de la douleur dans un point du thorax qui correspond précisément à l'inflammation du poumon. D'autres fois, en faisant tousser ou même simplement parler les malades, on fait naître la dispnée; mais c'est surtout par la pression abdominale qu'on obtient ce résultat. Ce moyen, que Bichat indiquait déjà, et qui a été rejeté avec tant de dédain, nous paraît d'une application utile chez les vieillards, et ne doit point être négligé, la difficulté du diagnostic exigeant qu'on multiplie le plus possible les ressources de l'investigation. Plus d'une fois nous avons vu la pression de l'épigastre exercée pendant quelques secondes et d'une manière soutenue, rendre haletante une respiration qui auparavant n'offrait aucune accélération, et nous avons constaté une pneumonie. Cette pression, exercée sur des sujets non malades et beaucoup plus

fortement, ne produisait qu'une gêne qui n'était en rien comparable à la dyspnée observée dans le premier cas.

3° Quand les signes tirés des troubles fonctionnels locaux existent, leur valeur doit le plus souvent être appréciée différemment que chez l'adulte. La fréquence du point de côté n'indique pas nécessairement la complication de pleurésie, de même que son absence n'implique pas toujours celle de cette phlegmasie. (*voyez* 4e Mémoire); la toux, quand elle a le caractère saccadé, et qu'elle s'accompagne de ce gargouillement particulier dans l'arrière-gorge, que nous avons décrit (*ibid.*), peut devenir, comme nous l'avons déjà dit, un signe important. Jointe à la prostration des forces, elle nous a suffi plus d'une fois pour annoncer une pneumonie chez des femmes que nous n'avions pas encore examinées; d'un autre côté, parmi les crachats sanglans, il en est qui sont loin d'avoir une signification égale aux crachats de cette nature observés chez l'adulte; tels sont ceux formés d'un mélange inégal de sang et de mucosités épaisses plus ou moins opaques. Ils sont quelquefois le simple produit d'une sécrétion des grosses bronches.

Si nous examinons maintenant les élémens de diagnostic fournis par l'auscultation, nous voyons qu'ils sont aussi très-souvent d'une application fort incertaine.

Tantôt la pneumonie ne se révèle que par un râle sonore dû à l'engorgement concomitant de la muqueuse bronchique, et ordinairement beaucoup plus étendu que ne l'est la portion de parenchyme enflammé (*ibid.*); ou bien c'est un râle muqueux à grosses bulles : on pourrait alors penser qu'on n'a affaire qu'à une simple bronchite, d'autant plus que le retentissement de la voix manque le plus souvent dans ce cas.

Tantôt la pneumonie existant en arrière et en bas, et arrivée déjà à l'hépatisation, ne donne plus lieu à aucun bruit stéthoscopique (*ibid.*), ou n'étant encore qu'à l'état de congestion, elle ne laisse entendre qu'une respiration *faible* et *rauque* (*ib.*); alors il est facile de croire à l'existence d'un épanchement pleurétique lors même qu'il n'existerait pas de point de côté, et à plus forte raison s'il en existait. Cette source d'erreur peut se rencontrer, il est vrai, chez l'adulte comme chez le vieillard, mais ici elle est rendue plus facile par ces deux circonstances : que le retentissement de la voix a presque toujours chez les vieilles femmes le caractère égophonique (2e Mém.). et que dans cette région du thorax il se fait souvent entendre au-dessus du niveau de la lésion (4e Mém.).

Tantôt, enfin (*ibid.*), le bord antérieur du poumon gauche hépatisé, s'interposant entre le cœur et les parois thoraciques, donne lieu à l'obcurité, à la confusion des battemens du cœur, et si on joint à ces signes l'orthopnée, la jactitation, la faiblesse et l'irrégularité du pouls qui existaient dans ces cas, on aura tous les symptômes de la péricardite avec épanchement. Il est vrait que dans nos épanchemens on avait entendu le râle crépitant à la région précordiale; mais, d'une part, il n'a existé que dans les premiers jours, et l'on aurait pu n'en pas être témoin; d'autre part, nous savons combien ce symptôme manque fréquemment dans la pneumonie du vieillard. Aussi dans un cas où le cœur n'avait pas été recouvert, mais seulement poussé a droite par une pneumonie du lobe supérieur gauche (ainsi que cela fut remarqué à l'autopsie), les bruits du cœur étaient extrêmement obscurs, comme étouffés, et l'on n'entendait dans la moitié antérieure gauche du thorax que du ronchus qu'on aurait pu attribuer à une simple congestion sanguine consécutive à une maladie du cœur.

Au milieu de toutes ces difficultés, il n'existe plus qu'un seul moyen d'arriver au diagnostic, c'est la percussion.

Quelle que soit l'intensité des râles sonores et muqueux, si dans les points où ils se font entendre, la percussion constate que le son reste clair, il ne s'agit pas d'une pneumonie, mais d'une bronchite. Si elle constate, au contraire, *l'obscurité du son*, elle indique qu'indépendamment de l'engorgement des bronches d'où résulte ce râle bruyant qui fait taire tous les autres signes stéthoscopiques, le parenchyme pulmonaire est congestionné et qu'il y a pneumonie commençante. Enfin, dans quelqu'étendue que ces râles existent, si la percussion découvre au milieu d'eux un point tout à fait mat, elle fait ainsi toucher en quelque sorte le foyer du mal.

Dans le second cas cité tout à l'heure, où la pneumonie pourrait être confondue avec un épanchement pleurétique, la percussion ne trouve, dans les positions les plus diverses du corps, aucun changement dans le niveau de la matité, et comme il est rare que dans les épanchemens récens qui ne remplissent pas la poitrine, les changemens de position du tronc ne déplacent pas ce niveau de la matité, on en devra conclure, malgré l'égophonie entendue au-dessus, qu'il s'agit encore d'un engorgement du parenchyme. D'ailleurs, si la pneumonie n'était qu'à l'état de congestion, la matité ne serait point assez prononcée pour qu'on puisse l'attribuer à un épanchement.

Quant aux chances d'erreur qui, sous le rapport de la percussion, pourraient résulter d'un emprisonnement de la sérosité dans des fausses membranes, elles n'appartiennent pas plus à la vieillesse qu'à l'âge adulte, et nous n'avons pas à nous en occuper.

Enfin, dans le cas où la pneumonie pourrait être confondue avec la péricardite, la percussion ne peut pas toujours rectifier les fausses données de l'auscultation, car à mesure que l'obscurité et la confusion des bruits du cœur augmentent, à mesure aussi la matité prend de l'extension à la manière de celle que produit un épanchement graduel dans le péricarde. Il serait donc impossible alors, si les signes rationnels ne fournissaient aucune lumière, et si le râle crépitant manquait, d'établir avec certitude le diagnostic. Mais dans l'observation citée plus haut, où le poumon gauche ayant refoulé le cœur à droite, l'auscultation donnait à la fois les signes d'une péricardite et ceux d'une

simple congestion sanguine qu'on aurait pu croire consécutive, la percussion constatant d'emblée dans toute la moitié antérieure du thorax, une matité absolue, ce signe, joint à la marche aiguë des symptômes, suffisait pour établir sûrement l'existence de la phlegmasie pulmonaire, et permettre d'expliquer par elle les désordres du cœur.

Dans ce qui précède, nous avons essayé d'établir tout ce que l'appréciation des signes rationnels et des signes physiques peut fournir de données positives pour le diagnostic de la pneumonie chez les vieillards. Quand ces données ne peuvent s'acquérir, on peut encore *présumer* plus ou moins fortement l'existence de la maladie, soit par le mode d'invasion et la nature de la cause, soit par la gravité de l'atteinte portée à l'économie. Nous répéterons ce que nous avons déjà dit : l'inflammation des poumons est, chez le vieillard, la lésion aiguë qui est susceptible d'exercer l'influence générale la plus profonde. D'un autre côté, nous devons rappeler combien de fois encore cette influence est nulle, de telle sorte que les ravages intérieurs les plus étendus n'ont presque aucun retentissement au-dehors. Ce recours aux symptômes généraux n'est donc rien moins qu'une ressource assurée dans les cas obscurs.

B. *Degrés de la pneumonie.* — La pneumonie une fois reconnue, on ne peut juger du degré auquel elle est arrivée que sur les signes tirés, 1° du caractère des crachats; 2° des résultats de l'auscultation et de la percussion.

1° Quand les crachats ne contenant pas de sang deviennent crêmeux et puriformes vers la fin de la maladie, cet aspect, quoique pouvant se rencontrer dans le simple catarrhe chronique, annonce ici presque à coup sûr le troisième degré, par cela même que cet aspect s'est montré graduellement et à mesure que s'aggravaient les autres symptômes. Quand les crachats contiennent du sang, ils ne peuvent plus aussi bien, par leurs modifications, exprimer les dégrés de la phlegmasie. Ils peuvent rester les mêmes jusqu'à la mort (4° Mémoire); d'un autre côté, l'existence antérieure d'un catarrhe muqueux ou pituiteux peut donner tout d'abord au produit de l'expectoration l'aspect d'une solution de chocolat ou de jus de pruneaux. (*Ibid.*). Toutefois si, comme dans le cas qui précède, la formation de ces deux caractères est ici graduelle, ils acquièrent alors la même valeur que chez l'adulte.

2° Les trois degrés peuvent n'être caractérisés que par le râle sonore où le râle muqueux. Cependant on peut, jusqu'à un certain point, juger par eux des progrès de l'inflammation, quand on a suivi leur développement, car leur intensité et leur étendue augmentent en général avec la phlegmasie. Le râle muqueux lié d'ailleurs à des symptômes carartéristiques de l'inflammation du poumon, quand il a pris en quelques jours une grande extension, en revêtant peu-à-peu le caractère du gargouillement, annonce ordinairement le troisième degré, alors même que la diminution ou la cessation du souffle tubaire tendrait à faire croire à une amélioration.

Ce souffle indique habituellement que la pneumonie est arrivée à l'hépatisation; mais il mérite moins de confiance quand il ne s'entend qu'à la racine des poumons (*Voy.* 4° Mémoire), à moins qu'il ne s'y joigne de la bronchophonie. On a pu voir (*ibid.*), que dans cette même région, le souffle caverneux accompagné d'un fort gargouillement circonscrit, est loin d'annoncer toujours la formation d'un abcès; il faudrait, de plus, qu'on entendît dans ce point une pectoriloquie bien évidente; car la simple bronchophonie, malgré l'intensité du gargouillement, pourrait n'indiquer que la co-existence d'une hépatisation et d'un amas de mucosités dans les grosses bronches. Or, on conçoit combien le diagnostic serait, en pareil cas, rendu difficile par la ressemblance qui rapproche si souvent la bronchophonie de la pectoriloquie. C'est sans doute une réunion de pareilles circonstances qui a induit Laënnec en erreur dans la prétendue épidémie de pneumonies partielles qu'il cite. (*Traité de l'Auscultation,* tome Ier, p. 407, dernière édit.)

3° La percussion, déjà si utile pour découvrir l'existence de la pneumonie chez les vieillards, ne sert pas moins à en apprécier les degrés. Les nuances de la matité marquent exactement les progrès d'une simple congestion à l'*hépatisation;* et si par elle même la matité absolue ne peut faire distinguer l'hépatisation rouge de la grise, elle peut du moins appuyer fortement ou rectifier les données fournies par les autres signes. Ainsi lorsque, en même temps que l'on constate les râles sonores ou muqueux, le gargouillement, le souffle tubaire, etc., on constate aussi cette matité, elle lèvera bien des incertitudes en fixant la valeur réelle de ces differens phénomènes qui ne pourront plus s'expliquer quer que par la compacité et l'imperméabilité du parenchyme pulmonaire.

A ces moyens d'arriver à la connaissance du degré de la phlegmasie pulmonaire, il faut joindre comme moyen accessoire, l'appréciation de l'altération qu'ont subie les forces, comparée à l'étendue du mal et au temps écoulé depuis son invasion. Nous renvoyons à ce sujet à ce que nous avons dit plus haut, sur la marche et la durée de l'inflammation du poumon chez les vieillards.

C. *Diagnostic du siége de la pneumonie.* — Les signes physiques seuls, et quelquefois en même temps la douleur locale, peuvent l'apprendre. La première question à faire est celle-ci : de quel côté de la poitrine existe la maladie? Cette question pourra paraître singulière à ceux qui ne se représentent la pneumonie qu'avec les caractères tranchés qu'elle revêt ordinairement chez l'adulte. A la Salpétrière, elle ressort tout naturellement de l'expérience journalière. Une vieille femme est prise tout à coup de toux, de dyspnée; les crachats sont rouillés; il y a de la fièvre; la pneumonie est évidente. On ausculte, et on n'entend des deux côtés qu'un râle sonore ou muqueux : nous avons vu plusieurs cas semblables. Où siége la pneumonie? Est-elle simple? est-elle double? La percussion seule peut éclairer sur ce point. Tantôt une matité complète des deux côtés annonce une double hépatisation; tantôt elle

constate que ces râles si semblables, même pour l'intensité à droite et à gauche, étaient dus cependant, d'un côté à une véritable hépatisation, et de l'autre à un engouement passif. Le traitement local est alors dirigé en conséquence. Mais si la percussion était impossible par cause de difformité ou d'une trop vive douleur, l'auscultation jetterait dans la plus complète incertitude. On ne pourrait que *supposer* la pneumonie du *côté du* point pleurétique, s'il en existait.

Nous n'avons rien à dire que ce qu'on sait déjà des indications qu'on peut tirer du décubitus, pour déterminer le côté où siége la pneumonie.

Quant au lobe affecté, il est clair que, lorsque la maladie siége auprès des grandes scissures, il est impossible de le déterminer avec certitude; mais ce que nous voulons établir, c'est que généralement on se hâte trop de fixer le siége de la pneumonie dans le lobe supérieur, parce que les signes qui l'annoncent ont lieu au sommet de la poitrine, au niveau, par exemple, de l'épine de l'omoplate et même au-dessus. Nous avons vu des pneumonies du lobe appelé inférieur, donner lieu à du souffle tubaire dans la fosse sus-épineuse. Dans ces cas, nous avons constaté à l'autopsie, que la grande scissure pulmonaire était verticale, et que le lobe *dit* inférieur, devenu directement postérieur, remontait jusqu'au sommet de la cavité thoracique. Cela a lieu dans les poumons du premier type et quelquefois du second. (*Voy. Anat. des poumons des vieillards*, 1er Mémoire, *Arch.*, août 1835).

Par inverse, dans les poumons du troisième type, le sillon est souvent tout à fait horizontal, en sorte qu'une pneumonie située très-bas en arrière, peut encore appartenir au lobe supérieur : c'est ce que nous avons vérifié assez souvent.

Ce serait ici le lieu d'établir le diagnostic différentiel des deux pneumonies, *vésiculaire* et *intervésiculaire;* mais l'insuffisance des faits nous oblige à nous borner, sous ce point de vue, à ce que nous avons dit de cette dernière forme de l'inflammation pulmonaire, dans l'énumération des signes locaux. (*Voy.* 4e Mémoire), et à l'article des *Signes généraux*. (*V.* ci-dessus).

Terminaison et pronostic. — La guérison *complète* d'une pneumonie est, on peut le dire, rare chez les vieillards. Nous voyons des femmes sortir des salles de l'infirmerie après avoir recouvré l'appétit, les forces, en un mot toutes les apparences de la santé, et si l'on continue de pratiquer l'auscultation chez elles, on trouve encore des râles variés au niveau des points du poumon qui ont été affectés. Ces râles cessent et reviennent alternativement, puis s'établissent d'une manière définitive. Les vieilles femmes continuent de tousser légèrement, sans se plaindre d'ailleurs d'aucun malaise. Tout à coup l'inflammation mal éteinte prend de l'acuité et les force à rentrer à l'infirmerie. Elles ont, disent-elles, un nouveau rhume. Nous en avons vu un assez grand nombre revenir dans nos salles trois, quatre, cinq fois, pour des pneumonies auxquelles elles finissent par succomber. A l'autopsie, on trouve dans les poumons des noyaux d'induration chronique reconnaissables à leur aspect ardoisé (3e Mémoire, mars 1836), mêlés à une hépatisation rouge de date récente, et qu'environne une congestion sanguine plus ou moins étendue. Ces noyaux indurés sont parfois très-multipliés.

La terminaison de la pneumonie par la mort est d'une fréquence vraiment effrayante à la Salpêtrière. Ce que nous allons dire à l'occasion du traitement nous dispense de donner ici des proportions à cet égard : avons-nous besoin d'insister désormais sur la gravité du pronostic?

IIIe *Partie.* — *Traitement.* — § 1er. Il n'est guère permis aujourd'hui d'aborder le traitement de la pneumonie, sans en chercher les bases dans une statistique rigoureuse. Nous sentons combien il serait important d'appliquer cette méthode au sujet qui nous occupe; mais les conditions spéciales de notre observation ont entouré cette méthode de tant de difficultés, ont introduit dans le problème tant d'élémens divers, dont il serait impossible de tenir compte sans rejeter une partie des cas qui ont servi à notre travail, que nous sommes convaincus qu'une statistique que nous dresserions actuellement, mènerait à des erreurs d'autant plus fâcheuses qu'elles paraîtraient assises sur des bases plus certaines. Dans la ferme volonté où nous sommes de ne rien avancer qui ne nous semble le résultat irrécusable de l'expérience entourée de toutes les garanties qu'elle exige, nous allons dire franchement quels sont les obstacles qui nous ont fait reculer ici devant une statistique.

Et d'abord nous ne pouvons nous empêcher de signaler comme extrêmement funeste aux indigentes de la Salpêtrière, le mode d'admission à l'infirmerie, suivi dans cet établissement. C'est seulement quand elles demandent elles-mêmes à y être transportées, ou quand les *surveillantes* des sections voient leur santé générale compromise qu'on envoie chercher l'élève de garde qui leur délivre un billet d'admission. Or, non-seulement il arrive souvent comme nous l'avons dit avec insistance, que de graves altérations se produisent sans apporter dans les fonctions générales assez de trouble pour révéler la gravité du mal aux malades elles-mêmes, et à plus forte raison aux personnes qui les entourent, mais encore la plupart des vieilles femmes ne quittent leur dortoir qu'avec répugnance, ne viennent que le plus tard possible à l'infirmerie. Qu'arrive-t-il? C'est que dans *plus de la moitié des cas* la pneumonie est parvenue aux deuxième et troisième degrés quand le médecin est appelé à la traiter; beaucoup de malades meurent avant d'avoir passé vingt-quatre heures dans les salles; quelques-unes meurent dans le trajet de la section à l'infirmerie.

Une seconde difficulté à l'établissement d'une statistique exacte sur les résultats du traitement, c'est la difficulté qu'offre le diagnostic dans le premier degré, quand les crachats rouillés et le râle crépitant viennent à manquer. Comment alors s'assurer qu'il s'agit d'une inflammation du parenchyme et non de bronches? Et si ces deux affections peuvent être confondues, combien ne s'expose-t-on pas à grossir ou à diminuer le

chiffre réel qui exprimera les succès ou les insuccès d'une méthode thérapeutique?

Une statistique doit encore étudier l'influence du traitement sur la durée de la maladie. Or, nous savons combien de circonstances rendent difficile la détermination positive de l'époque du début de la pneumonie chez nos vieillards.

Nous signalerons un troisième obstacle capable de compromettre beaucoup la méthode antiphlogistique; c'est qu'on n'arrive souvent qu'avec la plus grande peine à faire subir aux malades un traitement régulier. Quand le sang noir et épais ne coule qu'en bavant, il s'arrête avec une grande facilité, et la saignée est rarement copieuse; quelquefois même elle donne à peine. Sans doute on peut la renouveler, mais du temps s'est écoulé, et l'inflammation a fait des progrès. De même on se tromperait gravement; si on donnait aux applications de sangsues la même valeur thérapeutique chez le vieillard que chez l'adulte. D'abord elles ne prennent souvent que difficilement sur une peau sèche et écailleuse, et l'inconvénient de la perte du temps se représente. Ensuite les piqûres ne fournissent qu'une petite quantité de sang. Comment tenir compte de ces faits avec quelque rigueur ?

Enfin une difficulté qui nous est propre pour l'établissement d'une statistique, c'est que nos observations *détaillées* datent en partie d'une époque où les salles étaient encombrées, et n'ont pas été recueilies immédiatement et au hasard, mais surtout sur les malades gravement affectées.

Nous n'avons pas craint d'énumérer tous ces obstacles, parce que cette exposition tend à montrer à combien d'erreurs peut se prêter la méthode numérique employée sans discernement. Dans toutes les statistiques dressées jusqu'à ce jour sous le rapport du traitement de la pneumonie, a-t-on toujours tenu compte des âges, des sexes, des tempéramens, des causes, de l'existence ou de l'absence des dispositions organiques, du mode d'invasion? A-t-on toujours pu fixer avec certitude l'époque du début, celle de la terminaison? N'a-t-on pas le plus souvent recueilli sans distinction *tous les cas* qui s'étaient offerts à l'observation ?..... Le résultat du traitement doit nécessairement varier suivant chacune de ces lésions.

§ 2. Si nous sommes dans l'impossibilité d'exprimer en chiffres des résultats détaillés d'expériences thérapeutiques, nous sommes du moins en mesure de signaler les indications générales qu'une observation répétée nous a fait saisir, *comme spéciales* à la pneumonie de nos vieillards.

A. On a déjà dit qu'il fallait ménager les évacuations sanguines chez les vieillards. Ce précepte est juste; mais il importe d'établir ici quelques distinctions.

On peut les pousser assez loin ordinairement au début de la pneumonie qui s'annonce par des symptômes aigus et tranchés. L'affaiblissement qui en résulte alors n'est pas tel qu'il doive arrêter, en présence d'une aussi grave affection. Trois et quatre saignées de quatre palettes chacune, pratiquées en quelques jours, ont souvent eu d'heureux résultats.

La saignée est aussi indiquée au début des pneumonies à marche latente, dont une congestion passive a été le point de départ. L'évacuation sanguine a, dans ce cas, le triple effet de soustraire une partie de son aliment à cette congestion, de combattre l'inflammation consécutive, de diminuer directement l'état asphyxique. Malheureusement ces indications si claires, si rationnelles ne peuvent pas toujours être remplies: l'adynamie survient plus facilement que dans le cas précédent. On emploie souvent alors avec avantage une combinaison thérapeutique qui paraîtra peut-être singulière au premier abord, mais dont on constatera souvent les bons effets : elle consiste à mettre en usage, concurremment avec les évacuations sanguines, les toniques légers ou même quelques stimulans diffusibles, tels que le vin de Malaga et les potions légèrement camphrées. Ces médicamens soutiennent les forces générales sans détruire l'effet des saignées, auxquelles ils permettent ainsi de revenir. On prévient encore quelquefois l'adynamie en appliquant de larges sinapismes, soit sur les membres inférieurs, soit sur la poitrine, et principalement à la région précordiale.

Quand la pneumonie est passée à l'hépatisation, l'état des forces doit régler l'opportunité de la saignée: nous ne saurions trop insister sur ce précepte. Il est de nos vieilles femmes qui dès le commencement du second degré ne sont pas capables de la supporter; ce cas est pourtant assez rare; mais c'est le cas ordinaire, quand ce degré est établi depuis quelques jours, et surtout si la suppuration est déclarée. La saignée est alors d'autant moins indiquée, que les bronches contiennent plus de mucosités; car le premier effet de l'affaiblissement qui suit l'évacuation, c'est un arrêt de l'expectoration, phénomène des plus graves par l'asphyxie qu'il détermine. Nous avons vu des malades chez lesquelles le pouls invitait à la saignée, cesser de rendre leurs crachats immédiatement après que celle-ci avait été pratiquée, et mourir en moins de douze à quinze heures.

B. Cet engouement des bronches par les mucosités, dont le résultat funeste est d'augmenter les difficultés de l'hématose, rend l'emploi des vomitifs d'un avantage tout à fait spécial chez les vieillards. Leur effet est parfois d'une évidence extrême; le soulagement est instantané; malheureusement il cesse avec trop de facilité par le renouvellement de la lésion qu'ils avaient fait disparaître; aussi faut-il les employer à plusieurs reprises.

Les partisans du contro-stimulisme ont dit que l'effet des émétiques était d'autant plus assuré que la tolérance s'établissait plus facilement : le résultat de notre expérience est qu'employés à hautes doses ils n'ont d'avantages chez les vieillards qu'autant qu'ils excitent le vomissement. On conçoit du reste qu'il ne peut guère en être autrement, quand l'indication essentielle, pressante, est de désobstruer les bronches.

Quand on emploie les émétiques à *doses vomitives* les saignées, loin d'entraver leurs effets, comme on l'a dit pour les cas où on les donne à *doses contre-stim*

lantes, s'allient au contraire très-bien avec eux. L'évacuation sanguine combat directement l'inflammation pulmonaire, en même temps que l'arrêt de l'expectoration dont elle pouvait être suivie est prévenu par le vomissement. On se trouve donc très-bien, dans beaucoup de cas, d'employer dans le même jour les saignées d'abord, et ensuite l'ipécacuanha ou le tartre stibié.

Quant aux sangsues, nous n'avons à indiquer, comme fait spécial, que le peu de fond qu'il faut souvent faire sur leur emploi. Nous renvoyons à ce que nous en avons dit plus haut.

C. *Révulsifs.* — Au premier rang des moyens révulsifs à mettre en usage dans la pneumonie des vieillards, il faut placer les vésicatoires sur le thorax. Des praticiens ont mis en doute leur action dans la pneumonie de l'adulte; un très-grand nombre même soutiennent qu'ils ont pour résultat, surtout quand on les emploie de bonne heure, d'exciter la fièvre et d'accroître par suite l'inflammation. Ces deux assertions prouvent l'inconvénient des formules générales quand on n'a pas étudié les faits sous toutes leurs faces. Toutes deux sont fausses, appliquées à la pneumonie des vieillards, et surtout dans la forme adynamique. On retire les meilleurs effets de *très-larges* vésicatoires appliqués *dès le début* sur le thorax. Si la pneumonie est double, on ne doit pas craindre, sauf quelques cas rares où la fièvre serait par trop intense, d'appliquer un vésicatoire de chaque côté. On peut aussi dans ce cas, s'il ne s'agit encore que d'un simple engouement, le placer sur le sternum. Nous nous rappelons avoir, avec beaucoup d'avantage, couvert, pour ainsi dire, de vésicatoires, la poitrine d'une vieille femme atteinte fort gravement d'une double pneumonie. Deux avaient été placés en arrière, deux en avant, et chacun avait au moins la largeur de la main.

On comprendra très-bien, du reste, comment une plaie si superficielle, quelque large qu'elle soit, excite si difficilement la fièvre chez le vieillard, quand la pneumonie elle-même suffit à peine pour l'allumer.

Nous conseillons en général de ne pas entretenir longtemps les plaies. Nous pensons qu'il vaut mieux les faire sécher rapidement, afin de réappliquer d'autres vésicatoires le plus promptement qu'il sera possible. Cette double et vive irritation cutanée agit plus efficacement que l'irritation lente et prolongée qui accompagne la suppuration.

D. Les purgatifs sont d'un grand secours, à titre d'évacuans et de révulsifs, et l'on s'en sert surtout dans les cas où la faiblesse contr'indique les évacuations sanguines. On est d'ailleurs obligé d'y recourir pour combattre la constipation opiniâtre dont s'accompagne souvent la pneumonie. Mais leur action n'offrant rien de particulier à considérer, nous n'avons pas à nous en occuper plus longuement.

E. Il en est de même de quelques moyens secondaires d'un usage général, dans la pneumonie du vieillard comme dans celle de l'adulte; nous dirons seulement quelques mots de deux d'entr'eux, le kermès et les narcotiques.

Le kermès doit être employé à des doses plus élevées qu'on n'a coutume de le faire chez l'adulte : ces doses sont ordinairement de 6, 8 et 10 grains; il provoque alors assez souvent des vomissemens ou de la diarrhée, et ces résultats n'ont rien que d'avantageux dans cette circonstance.

Quant aux narcotiques, si utiles quelquefois, employés à de faibles doses chez l'adulte, il faut, pour les mettre en usage chez le vieillard, des indications spéciales, telles qu'une grande agitation nerveuse, un point de côté violent, etc. Mais hors de cette circonstance, ils ne servent qu'à augmenter l'adynamie, à arrêter l'expectoration, à faciliter les congestions sanguines qui s'établissent si souvent dans le poumon du côté malade ou du côté opposé.

F. Enfin ce que nous avons dit à propos de la terminaison, prouve la nécessité de poursuivre encore activement le traitement de la pneumonie, alors que les malades semblent entrer en convalescence. Il est bon alors de leur appliquer un second vésicatoire qu'on fera, cette fois, suppurer. Mais un précepte très-essentiel, c'est d'avoir recours aux boissons et potions toniques et astringentes, aussitôt que la chute des symptômes inflammatoires et l'auscultation se réunissent pour montrer qu'il ne s'agit plus que d'un engorgement œdémateux. Le laisser-aller dans le traitement à cette époque de la pneumonie où tout semble fini, amène les plus fâcheux résultats, car c'est alors que se forment les indurations partielles autour desquelles s'établit ensuite si facilement une inflammation aiguë qui ne se renouvelle pas tant de fois impunément.

G. *Régime.* — Des faits multipliés nous ont démontré que le précepte de la diète sévère dans les maladies aiguës n'est point applicable aux vieillards. Les deux âges extrêmes se touchent sous ce rapport; comme l'enfant, le vieillard ne peut supporter le jeûne prolongé, alors même que l'organisme est en proie au trouble le plus marqué. Ce que nous avons dit à propos des évacuations sanguines dont on doit prévenir l'effet *exténuant* par l'administration simultanée de quelques toniques ou stimulans, doit se répéter quand il s'agit de l'alimentation. Des bouillons, des potages même aident merveilleusement le traitement antiphlogistique. Nous pourrions citer des exemples extrêmement remarquables du succès de cette combinaison. L'état des forces, en résumé, doit attirer l'attention de tous les instans chez les vieillards et ne jamais cesser de *mesurer* l'activité de la thérapeutique.

dresse, l'abandonnait sans façon et s'en retournait au logis.

Le cheval, lorsqu'il est monté par un cavalier qui sait le dompter, est soumis. Donnez-lui une femmelette, un novice, quelqu'un qui ne sache pas le monter, il va faire moitié plus de caracoles qu'à l'ordinaire, et semblera se moquer. J'en ai même vu qui persistaient jusqu'à ce qu'ils eussent démonté leur cavalier, et qui, après cet exploit, bondissaient et ruaient en signe de triomphe.

Il est encore certain que les animaux qui guident les autres dans leur route ont de l'orgueil : plusieurs espèces de quadrupèdes se réunissent en bandes, et celui qui marche en tête témoigne plus de fierté que les autres. Les moutons eux-mêmes, qu'on semble avoir choisis pour type de la douceur et de la bonhomie, ont leur chef, leur bélier, qui les conduit et qui porte la tête plus haut que les autres.

Chez les oiseaux, même observation à faire; il y a chez ces animaux, une vénération qui les porte à suivre celui qui se met en avant comme le plus expérimenté; et lorsque celui-là a été choisi, il prend une attitude qui convient à son rôle. Chez les oiseaux, le sentiment d'orgueil ne peut pas être nié; vous savez qu'on l'attribue aux dindons à cause peut-être de l'attitude, ridicule en apparence, dans laquelle ils se mettent; on en peut dire autant du paon. Mais pour le coq, il n'y a aucune espèce de doute : et le coq triomphant à la suite d'une bataille, prend une attitude fière, quoique souvent il soit très-fatigué, et fait entendre des chants de triomphe, pendant que le vaincu affecte une attitude humble et s'enfuit.

Mais une chose bien remarquable, que j'ai été à même d'observer, lorsqu'un jeune et petit coq, très-ardent, veut cocher une grande et forte poule, elle s'indigne, elle prend un ton de hauteur qu'elle n'a jamais dans aucune autre circonstance, et le chasse avec colère. S'il la surprend, et que la chose se fasse sans qu'elle l'ait vu, elle s'indigne et se fâche aussitôt qu'elle l'a reconnu; elle semble lui dire : Je croyais que c'était tout autre que toi; ce n'est que toi ! — Alors elle lui donne la chasse en murmurant de colère et de repentir. Je n'aurais pas avancé ces faits singuliers si je ne les avais plusieurs fois constatés. (On rit.)

Ainsi, messieurs, il ne faut pas dire que le sentiment de l'orgueil n'appartienne qu'à l'espèce humaine; mais on voit aussi qu'il est indépendant du sens des hauteurs physiques.

Exemples. — Cherchons maintenant les exemples. Remarquez la largeur de la partie postérieure de la tête, voyez comme elle l'emporte sur la partie antérieure. Tous les hommes qui cherchent à gouverner les autres offrent cette conformation. Voici la tête du baron Stassard. En général, les hommes qui ont remporté des triomphes dans la guerre, qui deviennent généraux, sont dans le même cas; voyez ces têtes de généraux, de ministres, de députés influens, de grands administrateurs. Parmi ces têtes, je dois distinguer celle du général Foy, le modèle et l'idole du parti libéral, dans une crise qui menaçait d'être funeste à la France. Voyez comme, à la propre estime, s'associe le besoin de celle des autres, la fermeté, la circonspection, le courage, de grandes facultés réflectives et une belle idéalité! Après avoir été brave général, il fut orateur, poète, et grand citoyen. S'il n'avait pas senti sa puissance, il se fût mis de côté comme tant d'autres; et le deuil de la France n'eût pas révélé à l'Europe toute sa valeur. L'estime de soi est donc une faculté utile à l'humanité. Vous pourrez observer l'estime de soi, également très-fort, mais non aussi heureusement combiné, sur la tête de cette dame d'un caractère extrêmement fier et aristocratique.

Voici Lacenaire; cette partie est chez lui assez développée, ainsi que le besoin de l'estime des autres. Je reviendrai sur cette tête en traitant de ce dernier organe. Voilà encore un orateur, Benjamin Constant; car cette conformation est celle de tous les hommes qui sont emportés, tourmentés par le désir de dominer, soit par la parole, soit par les actions; des hommes qui ne dorment pas quand ils n'ont pas inspiré du respect, de la vénération, quand ils ne se sont pas mis au-dessus des autres; cette conformation, en un mot, est celle de tous les hommes qui ne peuvent s'empêcher de se mettre en avant dans tous les genres qui peuvent les placer au-dessus de la multitude, car l'organe s'applique aux petites comme aux grandes choses.

Voici une belle tête qu'il faut encore distinguer : c'est celle de Casimir Périer, né dans les rangs de la bourgeoisie, élevé sans vanité dans les détails souvent très-peu relevés des calculs commerciaux; cet homme était doué de hautes capacités dans plus d'un genre. Une estime bien sentie de ses grands moyens dut le pousser à les faire valoir. Vous savez tous quel haut rôle il a joué, à quelle opposition il a résisté, quels regrets il a emportés dans la tombe. Remarquez la coïncidence de l'estime de soi avec la fermeté, le courage, la circonspection et l'intelligence. Il eût jeté de l'éclat dans toute autre carrière où les circonstances l'auraient placé. Ces têtes complètes sont si rares, que nous sommes obligé de les faire valoir dans l'intérêt de la science.

Voici Spurzheim : il joignit à un rare mérite, le désir bien naturel d'en obtenir la digne récompense; il s'estimait, il voulait que l'aveu des autres justifiât ce sentiment : le développement de l'estime de soi coïncide chez lui avec la plupart des hautes facultés. Voici encore un orateur populaire extrêmement remarquable et que tout le monde a regretté, c'est Manuel. Cette partie est encore chez lui très-développée.

Maintenant je vous offrirai en compensation, d'abord la plupart des voleurs, des malfaiteurs, des hommes improbes qui ne s'estiment pas. Presque toujours cette partie est déprimée chez eux. Si, parmi ces misérables, il s'en trouve un qui l'ait dominante, il est le chef de la bande.

Parmi les hommes religieux, on en trouve quelques uns qui ne sont pas dominés par l'orgueil; en voici un exemple dans la tête de l'évêque Grégoire, qui avait de très-hautes facultés, mais qui n'était pas un homme ambitieux.

DIXIÈME LEÇON.

15 *juin* 1836.

11. APPROBATIVITÉ.

Messieurs,

Nous avons commencé, dans la dernière leçon, l'histoire des sentimens, et nous avons débuté par l'estime de soi ou l'amour-propre, penchant fort important puisqu'il est un des principaux mobiles de l'état social. Nous allons maintenant vous entrenir du désir de l'approbation. *approbativité* de Spurzheim, vanité de Gall, qui s'était fondé seulement sur une des applications de cet organe.

Situation. — Cet organe est situé au-dessous de la partie postérieure et supérieure de l'os pariétal : il commence, chez l'adulte, à un demi-pouce de la suture lambdoïde, et se prolonge des deux côtés de la suture sagittale, dont il est séparé par l'organe de l'estime de soi; il correspond d'ailleurs postérieurement à l'attachement, antérieurement à la conscience, et par son bord externe à la circonspection. Il porte sur la tête-modèle le n° 11.

Impulsion primitive. — C'est le désir de l'approbation des autres, l'amour de l'approbation, la jouissance à être approuvé par les autres. Ce sentiment, suivant les phrénologistes, est primitif. Il n'avait pas été distingué d'une manière bien claire par les philosophes, bien que Pascal, Labruyère et Larochefoucauld l'eussent distingué de l'orgueil, ainsi que l'a judicieusement remarqué M. Vimont. Vous voyez avec quelle lenteur marchent souvent les sciences dans leur commencement : il paraît d'abord quelques idées, quelques aperçus; et après un temps plus ou moins long, ces aperçus sont tout à coup fécondés, et les sciences font des progrès rapides.

C'est l'expérience qui a découvert cet organe. A force d'observer des hommes, on a remarqué que ceux chez qui cette faculté était prédominante avaient cet organe très-développé. Du reste, nous reviendrons sur toutes ces considérations générales.

Après ces détails sur les facultés, les généralités auront beaucoup plus d'intérêt pour vous que dans le début de ce cours.

Applications. — Les applications aux dénominations usuelles sont les suivantes : à l'amour du bien, au désir de plaire aux autres en méritant leur approbation, ce qui suppose des facultés intellectuelles supérieures; avec des facultés moyennes ou inférieures, à la vanité, à la flatterie, à l'ambition, car cette faculté porte quelquefois à se courber pour plaire; à flatter les passions du puissant, à la parure, à l'intrigue. Voilà deux grandes divisions. Avec des facultés et des sentimens supérieurs, il inspire le bien, les grandes actions, le désir d'être approuvé, de concilier l'estime de soi avec l'estime des autres. C'est alors un mobile extrêmement puissant. Avec des facultés inférieures et des sentimens de bas aloi, il n'inspire que les actions désignées par les substantifs que je viens de vous énumérer. Cet organe est parfaitement traité dans le Manuel de Combe, traduit par M. le docteur Fossati; je vous engage à le lire. Je ne me flatterais pas d'atteindre au degré de précision et d'intérêt qui s'y trouve relativement à cet organe.

Si on l'applique aux nations, on voit que ce sentiment diffère chez chacune d'elles. Ainsi les Français l'ont à un degré assez prononcé, et plusieurs auteurs phrénologistes, particulièrement les Anglais, attribuent à la prédominance de ce sentiment dans notre nation, l'extrême politesse qui la caractérise chez les deux sexes en général, et la coquetterie chez nos femmes, comme s'il n'y avait pas de la coquetterie chez les Anglaises et partout ailleurs.

Les Anglais, en général, ont plus d'estime d'eux-mêmes; ils sont moins affables, moins polis; ils se tiennent sur la réserve avec une sorte de fierté; ils dressent la tête, ils affectent une espèce de mépris pour l'opinion qu'on peut avoir d'eux. Ce qui semble indiquer la prédominance de l'estime de soi sur le désir de plaire, qui, en effet, on ne peut pas le nier, est généralement prononcé dans la nation française. Reste à vérifier si sur la plus grande masse des crânes cet organe est plus prononcé en France qu'en Angleterre; car vous savez que l'éducation, les habitudes, l'exemple, donnent de la prépondérance, tantôt à un organe, tantôt à un autre.

Il est reconnu encore que les Espagnols sont fiers et se tiennent dans une attitude de réserve et d'indifférence au premier abord; tandis que les Italiens sont obséquieux, cherchent à plaire et même à flatter peut-être un peu plus encore que les Français : enfin, que les Allemands, en général, paraissent un peu brusques et affichent moins le désir de plaire que les Français et les Italiens, quoiqu'ils soient francs et hospitaliers. Je ne dis pas, car je crains beaucoup les assertions trop exclusives, que les organes correspondent toujours à ces caractères apparens. Je sais très-bien que les belles têtes de toutes les nations européennes sont également susceptibles des sentimens les plus nobles, des facultés intellectuelles les plus relevées; mais je dis que voilà les faits observés, et qu'il est bon d'exciter ceux qui cultivent notre science encore au berceau, à vérifier si ces apparences de caractères différens correspondent avec la prédominance de certains organes, ou si elles sont l'effet de l'habitude et de l'éducation.

Auxiliaires et antagonistes. — Les auxiliaires de cet organe se trouvent dans l'érotisme, la bienveillance, la ruse, la circonspection, la vénération. Le défaut des facultés intellectuelles de la section supérieure lui laisse d'ailleurs une très-grande prédominance; tandis qu'une réflexion forte et profonde donne à l'homme les moyens d'apprécier les conséquences de ses actions, et par conséquent l'empêchent de trop s'humilier.

Plaçons au nombre des impulsions opposées à celles que nous étudions, le courage, la destructivité, l'alimentation, sentimens générateurs des mouvemens d'impatience, de colère et de fureur. Dans l'état d'exalta-

tion qui constitue cette passion, l'humble reprend sa fierté, celui qu'avait courbé l'humilité se redresse, lève la tête, et sent son courage grandir en proportion de l'augmentation de sa force musculaire. Malheureusement cette réaction n'est pas durable, et notre organe, s'il est fort, a bientôt repris le dessus.

C'est surtout l'estime de soi qui paraît être l'antagoniste direct de cette faculté. Car, d'après l'observation très-judicieuse de Spurzheim, que j'ai entendu disserter sur cette faculté, celui chez qui l'estime de soi prédomine d'une manière remarquable sur le désir de l'estime des autres, a un mépris souverain pour l'opinion qu'on peut avoir de lui. Il poursuit sa marche avec fierté, sans se soucier de ce qu'en pensent les autres; et souvent il les brusque, il les choque, il les heurte, ce qui nuit beaucoup à ses succès, à moins qu'il ne soit placé dans une position supérieure, que le sentiment de vénération de la multitude rend en quelque sorte inviolable. Alors on lui pardonne sa hauteur. Dans les sociétés policées, en général, et surtout en France, cette hauteur, cette indépendance de l'opinion qu'on peut avair de soi n'est pas bien vue.

Cette disposition est encore plus prononcée si la fermeté s'associe avec l'estime de soi, ce qui arrive souvent, car ces deux organes sont assez rapprochés. Qu'en même temps l'approbativité soit fort déprimée, il en résulte ces caractères roides, inflexibles, qui bravent hautement l'opinion qu'on peut avoir d'eux. Le meilleur correctif de cette combinaison fâcheuse est un développement convenable du besoin d'obtenir l'approbation des autres. Ainsi le défaut de l'organe dont nous nous occupons a ses inconvéniens, aussi bien que l'extrême développement dont il offre si souvent des exemples. Les hautes facultés sont vraiment le correctif de celles-ci, car elles nous permettent d'apprécier les conséquences des actes de bassesse, comme des actes de hauteur. En général, c'est l'organe des courtisans et d'un grand nombre de femmes. Cependant lorsque l'estime de soi trouve des motifs qui le justifient dans de hautes facultés, l'organe qui nous porte à désirer l'approbation des autres, en reçoit un nouveau degré d'action.

Animaux. — L'organe de l'approbativité n'a pas été accordé aux animaux par M. Vimont. Je crois cependant qu'il est impossible de le refuser à quelques espèces domestiques, particulièrement au chien; car le caractère obséquieux, humble, le désir de plaire, est manifeste dans plusieurs races de ces animaux. Combe en fait l'observation, et je suis complétement de son avis à cet égard. Chez les chiens de chasse particulièrement, le désir de plaire est excessivement prononcé; ils sont fort humbles, et cherchent presque toujours à séduire par les caresses et par l'humilité.

Chez les autres animaux cet organe ne peut guère s'observer. Chez les singes, je n'ai pas de données. Je vous nomme ces animaux seulement, afin d'exciter votre curiosité et de vous porter à la recherche. Il me paraît également impossible de ne pas admettre que notre organe ne soit pour quelque chose dans toutes les obséquiosités et les courtoisies que les mâles font à leurs femelles, non seulement parmi les chiens et quelques autres quadrupèdes, mais aussi parmi les gallinacés, tels que le coq ordinaire, le coq d'Inde, les pigeons et les tourterelles, etc.

Exemple. — En voici un des plus frappans, chez une dame anglaise qui ne s'occupait, du matin au soir, que de sa parure. Vous voyez que cette faculté domine l'intelligence, la circonspection, la ruse; domine tout. Cette femme ne s'occupait absolument qu'à se parer, à se décorer, à se faire valoir de toutes les manières possibles.

Je vous ai dit que cet organe était souvent le mobile des grandes actions, lorsqu'il était joint à une haute intelligence. Voici le buste du général Foy, un des plus beaux modèles que nous ayons pour toutes les facultés; presque tous les organes y sont prononcés, et la majeure partie s'y présente dans le plus beau développement qu'il soit possible de désirer. Vous voyez que cette faculté, le désir de plaire, s'y trouve, avec la fermeté, l'estime de soi, avec une haute intelligence, enfin avec tout ce qu'il y a de supérieur.

Voilà encore une tête très-remarquable; notre organe y est très-saillant et combiné avec d'autres facultés supérieures.

Je vous ai promis de vous dire deux mots de Lacenaire, à propos de cette faculté. Lacenaire, qui a été malheureusement trop célèbre, possède cette faculté dans un haut degré. Remarquez bien cette tête, je vais la tenir quelque temps en votre présence. Observez cette masse que touche ma main à la région postérieure et supérieure, et remarquez que la largeur ne dépend pas du développement de la ligne moyenne. Elle est produite, cette largeur, par celle des deux éminences latérales qui correspondent au désir de l'approbation; il en résulte que cette passion a dû l'emporter sur l'estime de soi. Et en effet, cet homme était extrêmement vain, extrêmement orgueilleux, et tout son procès ainsi que toutes les notes qu'on a communiquées sur son compte, tendent à prouver que le désir de faire parler de lui l'emportait, à cette époque, sur tout autre sentiment. Il avait avec cela de l'imagination, et vous pouvez observer la saillie de l'organe de l'idéalité; nous le reprendrons plus tard pour modèle de cette faculté. On voit ici quelques sentimens supérieurs; il y a des traces de justice et de vénération, mais ces facultés étaient dominées par cette masse que je viens de vous signaler. Il faut considérer, au premier abord, les têtes d'une manière un peu mécanique : en général, ce sont les plus grosses masses qui conduisent les plus petites. C'est chose fâcheuse; il n'y a que l'éducation qui puisse remédier à cette fatalité d'organisation, et ce fait, du moins, peut nous consoler. Ainsi, cet homme avait beaucoup d'amour-propre, beaucoup d'imagination; et l'amour-propre et l'imagination dominaient le jugement, comme vous pouvez le constater par la petitesse relative de ses facultés intellectuelles supérieures. En effet, ce qui donne un peu de volume à cette partie supérieure du front, c'est l'organe de la gaîté, et non

ceux de la comparaison et de la causalité. C'est vraiment une tête de sophiste ou de faux raisonneur. Je vous ai fait remarquer précédemment l'énorme développement des organes de la destruction et de la ruse; Lacenaire a été conduit au crime par une vanité extrême, par une imagination exaltée dont l'intelligence très-médiocre et déviée par la gaîté, origine fréquente du sophisme, n'a pu modérer les écarts : les circonstances où il s'est trouvé ont fait le reste. Cependant, on n'a pas craint de dire et d'imprimer que cette tête démontait la phrénologie. Ces sortes d'erreurs sont fréquentes chez les hommes qui veulent faire l'application de la crânioscopie sans l'avoir d'abord étudiée. Toutefois, la faiblesse de la circonspection, dans leurs propres têtes, pourrait leur servir d'excuse, si des motifs, qu'il nous répugne de qualifier ne les avaient portés à rejeter les conseils de cette faculté.

Voici encore un brigand chez lequel cet amour de l'approbation est immense, mais la destruction et la propriété les égalent et l'emportent évidemment sur les sentimens supérieurs qui sont en défaut et sur ceux de la haute intelligence dont les traces sont peu marquées.

Voilà une femme qui s'est suicidée par amour-propre : la partie qui correspond à ce sentiment est aussi très-développée chez elle, et l'emporte évidemment sur l'intelligence.

Voilà Roland chez lequel l'excès contraire se rencontre; voyez comme tout ceci est déprimé. C'était un homme voué aux idées ascétiques, religieuses; vous voyez qu'il s'estimait peu; il était disposé à s'humilier parce que l'estime de soi et l'estime des autres n'étaient pas très-fortes, au lieu que ce qui domine, c'est la région supérieure dont nous verrons plus tard l'emploi. Au reste, messieurs, les exemples négatifs se trouvent en abondance dans les têtes des suppliciés qui, contrairement à celle de Lacenaire, se soucient fort peu de l'opinion qu'on pourra prendre d'eux, ou du *qu'en dira-t-on,* comme on s'exprime vulgairement.

En voilà assez sur cette faculté, parce qu'il faut que nous marchions. Je vais vous entretenir d'une autre que je regarde comme extrêmement importante, c'est la circonspection. J'ai fait un travail assez suivi sur cet organe, pour le temps dont je pouvais disposer : je vais vous le communiquer.

12. CIRCONSPECTION.

Ce mot signifie *regarder autour de soi ;* ce qui annonce le désir d'écarter les dangers, de se mettre en sûreté. Tous les phrénologistes ont admis cette dénomination ; c'est une chose extrêmement notable.

Situation — Vous voyez cette grande masse qui se trouve à peu près au milieu des parties latérales de la tête, correspondant à la partie la plus saillante des pariétaux ; dans toutes les têtes, elle est située à la région des pariétaux où commence l'ossification.

Cette partie est, en général, la plus large de la tête dans la majeure partie des sujets, surtout pendant l'enfance. Il y a cependant des exceptions. Ainsi, la situation n'est pas difficile à déterminer.

Influence directe ou *impulsion primitive de l'organe*. — Suivant les phrénologistes, cela se rend par un seul mot, *circonspection*, qui prend, dans beaucoup de cas, le nom de *prudence*. L'excès de cette faculté produit, en général, suivant les mêmes phrénologistes, l'hésitation et la *timidité*, parce que l'homme s'exagère les conséquences défavorables de ses actions. Le défaut constitue l'étourderie que, dans le monde, on regarde comme l'effet de la précipitation, de la vivacité de l'action nerveuse ; mais ce n'est pas cela, car les enfans chez qui l'organe de la circonspection est très-développé sont d'autant plus circonspects qu'ils sont plus jeunes ; et, en effet, l'organe est plus saillant dans la première enfance que dans les âges subséquens, la nature ayant prévu que les enfans devaient être attentifs à tous les dangers qui les entourent. Voilà quelle est l'idée des phrénologistes ; maintenant, je vais vous soumettre la mienne.

Applications. — Cet organe, qui est celui d'un instinct ou penchant supérieur, ou plutôt d'un sentiment, puisque c'est ainsi qu'on est convenu de nommer cette section de nos instincts, peut s'appliquer aux instincts, aux sentimens et à l'intelligence. Considérons-la dans ses différentes applications.

Appliqué aux facultés intellectuelles (je commence par celles-ci afin d'être mieux entendu), il est d'un effet extrêmement remarquable ; il retient les manifestations qui ont rapport à l'exposition des faits. En ce premier point, il nous rend, en général, de grands services, car il n'appartient qu'à un bien petit nombre d'hommes de raconter toujours à propos, du premier jet. L'énorme majorité a besoin d'y penser à plusieurs reprises, et notre malheur vient souvent de la promptitude et de l'inopportunité de nos écrits.

Appliqué aux sentimens, il en retient également la maifestation, et nous empêche de découvrir nos affections, nos aversions, nos projets, avant le temps et les circonstances qui peuvent en assurer le succès.

Sur les instincts il a moins d'influence, parce que les instincts touchent de plus près à l'existence de l'homme, à la conservation de l'individu, à la reproduction de l'espèce. Toutefois, les instincts ou penchans ne sont pas tous également soustraits à l'influence de la circonspection, comme nous le verrons même chez les animaux. Cette faculté arrête l'expression de l'amitié, de la colère, du désir de posséder. Elle agit moins sur l'érotisme, sur la philogéniture, moins encore sur la manifestation du besoin d'alimens, et ne peut que suspendre, pour un temps assez limité, les mouvemens nécessaires à la satisfaction des premiers besoins, tels que ceux de la respiration et des exonérations.

C'est donc vraiment un organe de cohibition, il est impossible de lui refuser ce mode d'action, lorsqu'on a comparé des têtes où cet organe est très-effacé, comme celle-ci (Bentigoss), avec celles où il est très-prononcé, comme toutes les têtes des hommes prudens, sages, des hommes qui ont gouverné les autres, des hommes

qui ont imprimé de grands mouvemens dans l'état social. Ces hommes ont rarement obéi à leurs premières impulsions ; ils ont presque toujours contenu, retenu leurs sentimens, et mûri leurs projets avant de les manifester ; souvent même ils ont eu assez de force pour retenir leurs instincts. Au contraire, ceux qui manquent de cet organe, ne retiennent pas plus leurs sentimens que leurs expressions : à l'instant où une idée leur vient, elle est émise aussi vite que l'éclair ; on les appelle quelquefois des *Saint-Jean Bouche d'or*, mais le plus souvent ce sont de véritables étourdis, des indiscrets auxquels on ne peut confier un secret, car ils ne gardent rien ; à la première occasion de parler et seulement pour la gloriole d'entretenir la conversation, ce qu'ils ont de plus secret leur échappe. Si malheureusement un général, un chef de corporation quelconque, est de cette triste organisation, malheur à lui ! Tous les rusés qui le circonviennent et le flattent l'ont bientôt pénétré ; ses pensées, ses projets, ses affections, ses aversions, tout est découvert ; c'est un homme perdu, percé à jour. La déconsidération et le mépris l'attendent à la première disgrâce.

Il en est de même dans la condition privée : si l'homme dominé par des instincts qui mènent à des actions peu dignes d'approbation, est ainsi conformé, tout le monde connaît les excès qu'il commet dans le vin, dans la bonne chère, dans les femmes, dans les plaisirs de tous genres. Il est bien remarquable que l'organisation se trouve si parfaitement en rapport avec ces dispositions morales. Que ceux qui veulent tout rapporter au moi, nous disent donc à quelles qualités du sentiment personnel tiennent ces écarts. Si c'est une âme, un esprit, un *sensorium commune* qui répond des actions des hommes, et si ce n'est pas la matière cérébrale ou comme on nous dit, la chair, qu'on nous donne de meilleures raisons que les nôtres, de ces variétés si communes parmi les hommes. Si la chair seule est coupable de nos aberrations, de nos fautes en tout genre ; qu'on nous prouve qu'en s'adressant à l'esprit par la raison, on peut constamment les prévenir.

On ne peut nous répondre que par le déplacement de la question ou par l'injure : revenons donc à notre observation empirique.

Ainsi, vous le voyez, l'organe de la circonspection est moyen de cohibition pour l'intelligence, pour les sentimens, et même, jusqu'à un certain point, pour les instincts. Le fait le prouve, puisque tous les hommes à grands et longs projets ont eu des têtes larges par le développement des deux masses qui correspondent à notre organe ; je crois même que ces têtes sont les seules qui puissent prévoir de loin les conséquences et exécuter opportunément, lorsque d'ailleurs les autres organes concourent ; car si avec une circonspection suffisante on a peu d'intelligence, il est clair qu'on fera un mauvais usage de la circonspection.

Auxiliaires. — Parmi les organes auxiliaires, c'est-à-dire ceux dont l'action favorise celle de l'organe dont nous vous entretenons, figure d'abord la ruse, qui vient se fondre matériellement avec cet organe, ainsi que je vous l'ai dit : vous le voyez dans cette tête qui certainement n'est pas faite exprès. La ruse est d'un ordre moins élevé ; c'est pourquoi les phrénologistes l'ont laissée parmi les instincts, tandis qu'ils ont placé la circonspection dans les sentimens. Ensuite les facultés réflectives, quand elles sont développées, inspirent la circonspection ; mais il faut prévoir les conséquences de ce qu'on fera, et pour cela il est nécessaire d'avoir de l'expérience ; ainsi la circonspection qui ne dépend que de l'intelligence, arrive tard, tandis que la circonspection innée se manifeste dès l'enfance. Examinez les enfans dont la tête est fort large dans cette région, vous ne les verrez pas s'exposer aussi étourdiment que ceux d'une conformation opposée, quoique sous le rapport de l'intelligence ils ne soient pas plus avancés que ces derniers.

L'estime de soi et le désir d'approbation doivent aussi agir dans le même sens que la circonspection, puisque ces facultés tendent à retarder l'émission des idées et l'exécution des actes qui pourraient nous compromettre aux yeux des autres et à nos propres yeux.

Antagonistes. — Les organes opposés à celui-ci sont d'abord, la destruction, origine, dit-on, de la colère, et non pas le courage. Le courage, en effet, peut très-bien coïncider avec notre organe, mais c'est surtout l'organe de la colère, qu'on croit être aussi celui de la destruction, qui semble le plus contraire à la circonspection.

Exemples. — Mais cherchons des exemples parmi les têtes des hommes qui ont gouverné les autres. Voilà Foy, Lamarque, Casimir Périer. Voyez quelle largeur dans ces régions. Quelques personnes seront capables d'objecter que toutes les têtes sont ainsi conformées. Toutefois, il s'en faut de beaucoup : chez les enfans, la tête est généralement large aux régions médianes du pariétal ; mais avec l'âge, les parties antérieures ou postérieures deviennent très-souvent prédominantes sur la partie moyenne ; et les têtes les mieux conformées sous d'autres rapports commettent des fautes très-graves, si ce changement efface trop la circonspection. Voici la tête d'un nommé Dodd, qui fut un ministre protestant extrêmemement religieux et bienfaisant, mais manquant de circonspection et même de conscience, comme vous pourrez en juger lorsque nous aurons traité de de l'organe qui correspond à cette faculté. Eh bien ! cet homme vénérant et bienveillant a fini sur l'échafaud pour avoir rendu service à des amis, sans avoir pris conseil de l'honneur et surtout de la circonspection. Il en sera de nouveau question à propos d'un autre organe.

Voilà la tête de Bentigoss, qui possédait une fortune considérable et une haute intelligence, avec des sentimens affectueux extrêmement remarquables ; mais il n'avait aucune circonspection. Vous voyez une dépression au lieu d'une bosse au milieu des os pariétaux ; c'est une des têtes les plus précieuses en ce genre que possède la phrénologie. Cet homme s'est ruiné par l'effet de cette malheureuse organisation ; il ne pouvait s'occuper de ses affaires, calculer les conséquences de ses

pensées, de ses sentimens, de ses instincts, de ses goûts, quels qu'ils fussent, auxquels il s'abandonnait sans réserve; s'en rapportant à la bonne foi et à la probité de ses gérans, il laissait aller ses affaires.

J'ai dit, messieurs, que les hommes capables de calculer leur conduite, de diriger un plan, de garder leur secret, de n'en communiquer aux autres que ce qu'il faut pour la réussite, ont toujours eu la tête large dans cette région; j'ai ajouté, par contre, que les personnes légères, les personnes qui, quoique se présentant avec de hautes facultés et de beaux sentimens, n'on jamais réussi par leur faute, par des inexactitudes, des actes d'inconduite, des oublis, avaient toujours cette partie déprimée. Bentigoss et Dodd viennent de vous offrir les preuves en faveur de cette dernière assertion. Pour la première, en voici deux autres, tirées de personnages qui vous sont connus, je veux parler de Cuvier et Dupuytren; Dupuytren, qui calculait toutes ses actions, toutes ses paroles, qui ne lâchait pas un mot, qui ne faisait pas un geste dont l'effet n'eût été prévu; qui avait une manière d'être avec l'élève, une manière d'être avec le client d'un ordre commun, une autre avec le client d'un ordre supérieur, une autre réservée pour les princes, une autre diversement graduée qui ne s'appliquait qu'aux confrères, une autre enfin pour le public de ses consultations gratuites. La tête était énorme dans la région qui correspond à notre organe, comme vous pouvez le voir par la moulûre qui nous servira sans doute pour d'autres facultés; car ce grand chirurgien en avait beaucoup. Cuvier fut un homme qui calculait aussi toutes ses actions, qui voulait s'élever par les sciences et par la politique simultanément. Il avait cette partie extrêmement développée; il disait ce qu'il voulait, en fait d'événemens; il ne manifestait jamais que ce qu'il avait eu le projet de manifester, en fait de sentimens et de projets. Peut-être cependant fut-il plus expansif avec ses amis que le célèbre opérateur dont je viens de vous entretenir. Je pense que les grandes réformes que l'illustre naturaliste a introduites dans les classifications zoologiques et les rapprochemens féconds par lesquels il a fondé la science des ossemens fossiles sont bien loin d'être étrangers aux fonctions de l'organe qui nous occupe.

Tels sont toujours ces hommes forts et profonds qui calculent froidement leurs actions au milieu de cette foule d'étourdis et d'emportés dont la société est remplie. La circonspection, messieurs, est beaucoup plus que la ruse; c'est la faculté de retenir la manifestation de toutes les facultés dont je vous ai parlé et de les laisser sortir à propos, non dans le but de tromper, mais pour donner aux notions acquises le temps de se mûrir et de se coordonner de la manière la plus propre à en obtenir de grands résultats.

Vous voyez que j'étends fort loin les influences de la circonspection. Je trouve que ce mot embrasse tout ce que je viens de vous indiquer là. J'observe en outre que les phrénologistes ne l'ont pas complétement interprété, et voilà pourquoi je prends acte de mon initiative sur la manière de considérer la circonspection.

Avec une forte intelligence et l'expérience du monde, on acquiert la circonspection : mais c'est une circonspection intellectuelle, une circonspection forcée; elle se dément facilement lorsqu'un organe prédominant se met en action. Mais la circonspection organique, instinctive, agit toujours, maintient toujours l'homme sur ses gardes. Il est continuellement circonspect, parce qu'une impulsion involontaire veut qu'il le soit, et non parce qu'il s'est convaincu par la réflexion qu'il est utile de l'être. J'ai fait la même observation relativement au courage : et je vous ai dit qu'il y avait le courage organique qui était vraiment inébranlable, qui ne pâlissait pas à l'aspect du danger, et le courage inspiré par l'amour-propre, la fermeté, le désir de l'approbation, qui quelquefois était sujet à se démentir. Il y a des degrés très-multipliés dans ces facultés.

Voilà des données que je tenais beaucoup à vous manifester dans cette séance, et c'est la première fois que je les exprime. Quelques critiques, quelques opposants ont dit qu'il était ridicule de voir des phrénologistes n'attribuer qu'un seul sentiment, la circonspection, à une masse aussi considérable. Il y en a en effet plusieurs : si vous considérez cet organe comme celui de la cohibition, d'une part, des idées, de l'autre part des sentimens, et enfin des instincts, vous concevrez que pour être aussi puissant, il lui faut du volume, et qu'il joue un rôle extrêmement important dans la conduite des hommes.

On a pensé que l'excessif développement de cet organe conduisait à la peur, à la timidité, parce que l'on a dit : lorsqu'un homme réfléchit beaucoup sur les conséquences de ses actions, il doit devenir timide. On lui a attribué aussi l'impulsion vers la propre destruction, ou le suicide. Spurzheim était de cette opinion; mais la plupart des phrénologistes n'ont pas partagé cette manière de voir, parce que, se reportant toujours à l'observation empirique, ils ont constaté qu'il y avait des hommes timides dont la tête était étroite; que plusieurs sujets mélancoliques n'avaient pas cette région latérale moyenne du pariétal très-développée; que plusieurs personnes chez qui cette région l'était beaucoup, n'étaient pas timides, étaient hardies, et qu'enfin les suicides étaient bien loin d'avoir toujours cette partie très-développée. Ces objections ont été faites par des phrénologistes, ce qui a empêché que les antiphrénologistes n'eussent le temps de les faire, car ils sont toujours aux aguets pour en présenter. Tant mieux, messieurs, plus il y aura d'objections, plus la science marchera; cela nous fera tenir sur nos gardes.

Enfin, il peut y avoir coïncidence ou plutôt co-existence du courage avec la circonspection et les suicides peuvent très-bien n'être pas circonspects. S'il est vrai qu'il existe un organe destiné à l'amour de la vie, un organe de la biophilie, la faiblesse de cet organe peut entraîner le suicide, quoique la circonspection soit très-déprimée. C'est un fait à vérifier. Il faut donc observer, et prendre le temps nécessaire. Les faits négatifs ne détruisent jamais les faits affirmatifs. S'il est bien prouvé que les hommes à grandes vues, à grands projets, ont cette

partie développée, voilà un fait qui reste; s'il est bien prouvé que les hommes chez qui cette partie est très-déprimée, manquent de circonspection, de prudence, voilà un autre fait prouvé. Maintenant que ceux chez qui la circonspection est très dévelopée se détruisent quelquefois, il faut en trouver une autre raison que l'excès de cette faculté, si cela est possible.

Animaux.—Chez les animaux, l'organe de la circonspection est admis; mais si vous voulez bien vous rappeler la distinction que je viens d'établir, vous sentirez qu'il doit avoir de l'action plus particulièrement sur les instincts, peu sur les facultés intellectuelles, puisqu'elles sont fort peu développées chez les animaux, enfin sur les sentimens également très-peu. Ainsi c'est sur les instincts qu'il agit le plus chez les animaux. C'est donc vraiment, et je crois qu'on peut le dire sans craindre de trop hasarder, un organe de cohibition, dont le rôle est très-important chez les animaux vertébrés, depuis l'homme jusqu'aux reptiles.

Je vous ai déjà annoncé ce fait en vous manifestant mes idées sur les différentes régions du cerveau, particulièrement sur les fonctions du système nerveux du corps calleux : ainsi ce fait s'applique, surtout chez les animaux, à la cohibition des instincts dont notre organe retient la manifestation, dans l'intérêt d'un instinct différent de celui qui est sollicité à l'action par la perception ou la mémoire, et plus souvent dans le but de la biophilie que dans tout autre.

Pour sa situation chez les animaux, suivant M. Vimont, elle est la même chez les quadrumanes que chez l'homme. Chez les quadrupèdes, la circonspection forme une saillie dans toute la longueur de l'os pariétal, ainsi elle est plus allongée que chez l'homme. Vous voyez qu'elle forme ici chez l'homme un groupe presque arrondi; elle s'allongerait donc davantage chez les animaux vers cette partie n° 8, qui correspond chez nous à la propriété. En effet, le désir de la propriété étant moins prononcé, surtout dans les carnassiers, qui n'ont pas ce sentiment très-considérable, une telle différence de situation serait facile à comprendre. C'est ainsi que l'organe de la circonspection se présente chez le chien, chez le loup, chez les herbivores; il est moins allongé, le crâne étant plus arrondi, mais il existe toujours plus ou moins développé, suivant M. Vimont, qui l'admet chez le chevreuil, l'isard et le mulet qui est, comme vous le savez, un produit du cheval et de l'âne.

Voici une anecdote citée par cet auteur, et que je me plais à rapporter, parce qu'elle peut donner lieu à des réflexions profondes. Il s'agit des mules ou des mulets qu'on emploie pour franchir les défilés des montagnes, pour passer dans des sentiers extrêmement étroits, sur les bords des précipices, dans des endroits qui naguère étaient sûrs, et maintenant ne le sont pas, où l'animal peut glisser et se précipiter avec son cavalier dans un abîme. M. Humboldt raconte, dit M. Vimont, que lorsque la mule se croit en danger, elle s'arrête, tourne la tête à droite et à gauche fort lentement, tout à son aise, tenant un peu de l'âne, qui offre aussi cette lenteur et cette fermeté particulière dans le caractère; ensuite, après avoir délibéré, car sa résolution est toujours lente, elle prend un parti qui d'ordinaire est sûr. Aussi, les montagnards disent aux voyageurs : « Je ne vous donnerai pas la mule dont l'allure est le plus agréable, mais celle qui raisonne le mieux. » Ces braves gens ne sont pas au fait des systèmes de philosophie, et ne savent pas que Descartes et beaucoup d'autres ont refusé le raisonnement aux animaux; ils procèdent d'après le bon sens; ils voient cette mule qui s'arrête, qui examine à droite et à gauche (*circumspicit*), et puis qui prend son parti, et ils la comparent à l'homme.

Chez les oiseaux, l'organe est placé au-dessus et à quelques lignes de la partie moyenne du bord postérieur de l'os frontal; on en donne pour exemple la corneille mantelée et celle des tours, la buse, la petite chouette, l'épeiche, le pic, tous animaux extrêmement circonspects.

Mais cet organe manque évidemment chez plusieurs animaux qui paraissent n'en avoir pas besoin, tels que les gallinacées qui vivent sous nos yeux, et qui sont très-peu circonspects. Dans les espèces qui possèdent cet organe, parmi les oiseaux, on observe qu'il est plus développé chez les femelles que chez les mâles, ce qui donne à leur tête un peu plus de largeur. Cela se remarque particulièrement chez les oiseaux de proie, où la tête de la femelle est plus large que celle du mâle, parce qu'elle doit appliquer une grande circonspection au soin des petits. Ainsi, on en cite pour exemple l'épervier, la crecelle et quelques aigles. Je trouve encore, chez M. Vimont, une idée à ce sujet que je crois devoir vous communiquer; car toutes les bonnes idées doivent être saisies. Voici ce qu'il dit : Fuir à l'aspect du danger est chose commune à la plupart des animaux, et je pense que cela doit être attribué à l'instinct de la conservation. Mais fuir en faisant des feintes, des détours, comme fait le renard, par exemple, annonce une impulsion différente; tels sont aussi le cerf et le lièvre. Tous ces animaux font des feintes, des détours, des crochets, qui annoncent plus que le désir de fuir; le projet de tromper l'ennemi, paraît s'y être associé. C'est une circonspection secondée par la ruse.

Il est ensuite question d'un fait que tout le monde connaît; il s'agit des précautions que prend le renard pour que l'on ne puisse pas pénétrer dans sa retraite avec facilité. Cet animal fait de fausses routes, a des terriers vides qu'il affecte de fréquenter plus que son véritable terrier; arrive lentement et peu à peu sur sa proie, sans faire de bruit, jusqu'au moment où il se croit sûr de la saisir d'un seul bond; mais dans tous ces actes on est forcé d'admettre un mélange de ruse. M. Vimont fait encore valoir, en faveur de son opinion, les sentinelles que plusieurs bandes d'oiseaux établissent, comme le corbeau, la grue, même l'oie domestique, et qui donnent le signal au moindre danger. Ce fait, qui peut également être observé chez le coq de basse-cour, ne nous semble pas un produit de la ruse; c'est bien circonspection.

Il y aurait donc, chez tous ces animaux, un certain degré de circonspection, à moins qu'on ne veuille ad-

mettre un organe nouveau pour la surveillance. Ces difficultés-là font voir qu'il y a un solide fondement pour la détermination des fonctions de cet organe chez les animaux, mais que tout n'est pas fait dans la phrénologie.

On nous parle aussi de l'attention que prend le coq des bruyères de se coller sur les branches du sapin dont la couleur est la sienne, pour n'être pas aperçu. On sait que l'écureuil tourne autour de la branche afin que le chasseur ne le voie pas. C'est une impulsion qui produit cette manœuvre, et je la rapporte plutôt à la secrétivité qu'à la circonspection : au surplus, quand on dira que c'est la Providence, l'imputation n'aura pas beaucoup de sens, à moins qu'on ajoute, avec Spinosa, que Dieu est présent partout pour exécuter toutes les opérations de la nature. Mais ces systèmes-là sont surannés, ils ne valent pas la peine qu'on s'y arrête.

13. BIENVEILLANCE.

Je vais terminer par l'organe de la bienveillance. Je suis bien fâché de vous retenir encore; mais il est impossible que ces leçons soient superficielles et rapides; les objets sont trop importans. Il est nécessaire que ceux qui veulent étudier la phrénologie fassent quelques sacrifices, supportent quelques dégoûts, tenant surtout à l'attention soutenue qu'il faut prêter à ces sortes d'études.

Situation. — La *bienveillance*, appelée aussi *bonté* par Gall, *débonaireté* ou *laisser-aller* par quelques autres phrénologistes, est située à la partie supérieure du frontal, immédiatement en avant de la fontanelle. Voici la bienveillance n° 13, sur la tête-modèle, ordinairement à la racine des cheveux, sur le commencement du plan horizontal du vertex; mais elle varie. Elle paraît plus en arrière lorsqu'elle est plus développée que la comparaison, qui la limite en avant, sur le haut du front. Ayez donc surtout égard au siége de la fontanelle antérieure et supérieure, qui est toujours placé en arrière de cette faculté.

Voici en preuve du siége de l'organe, un des exemples les plus forts que nous possédions : c'est encore la tête de Bentigoss, qui s'est ruiné autant par excès de bonté que par défaut de circonspection. Cet organe est donc placé à la partie supérieure et moyenne du front, où le plan ascendant du front se fond avec le plan horizontal de la tête.

Impulsion primitive. — L'impulsion primitive qui dépend de cette faculté est le désir du bonheur des autres, le plaisir à le faire ou à y contribuer. C'est par conséquent une impulsion vers les actes propres à atteindre ce but.

Cette influence est ainsi parfaitement définie. C'est à Spurzheim que nous devons cette définition.

Application. — A la bienfaisance, à la charité, à la philanthropie, et à tous les moyens que ces vertus peuvent suggérer à l'homme; selon Gall, à la justice. Mais l'exemple de Dodd, qui se rendit coupable de plusieurs faux, réfute cette opinion. Nous vous donnerons plus tard les détails. On peut être très-bienveillant et n'être pas juste, consciencieux, ce qu'assurément les honnêtes gens qui étudient *à priori* et sur eux-mêmes les facultés intellectuelles de leur espèce n'auraient pas pu deviner.

Voici une pensée qui me vient; puisse-t-elle vous intéresser. Cette faculté est celle qui reçoit le prix Monthyon de vertu, à l'Institut. On le donne à ceux qui ont rendu de grands services à leurs semblables, des services désintéressés aux dépens de leur vie, aux dépens de leur fortune et de tout ce qui semblerait devoir les attacher à la vie; c'est une espèce de charité universelle, de bienveillance qui s'applique à tout le monde, qui même s'étend aux animaux et aux objets inanimés; c'est le désir incoërcible de faire le bien à quelque prix que ce soit, sans considération de l'estime, du prix, de la rénumération quelle qu'elle soit, qui est attachée aux bonnes actions. Eh bien! messieurs, c'est à cette impulsion-là que l'Académie française a toujours accordé le prix de vertu depuis la mort de Monthyon, qui possédait aussi l'organe à un très-haut degré de développement. C'est ce que vous pourrez vérifier par les rapports de l'Académie française. Moi, qui ai l'honneur d'appartenir à l'Institut, j'ai vérifié la réalité du fond de cette opinion dans mes entretiens avec mes confrères. Je suis resté convaincu que la bienfaisance est, aux yeux des hommes dont le jugement n'est pas corrompu par le fanatisme, la vertu par excellence; et j'ai été vivement frappé de cette vérité.

Auxilliaires. — Cette faculté a pour auxiliaires l'érotisme, la philogéniture; l'instinct de l'association, l'amitié et les facultés voisines; sans qu'on puisse omettre l'amour des lieux; en un mot, les amours, les facultés affectueuses qui sont à la partie postérieure de la tête. Il n'y a pas de doute que toutes ces facultés s'aident réciproquement, et que quand elles coïncident, elles donnent de grands résultats. Il est cependant important de distinguer la bienveillance d'avec le sentiment d'association et d'amitié; car, au premier coup d'œil, il paraît étonnant que les phrénologistes aient posé la *bienveillance* dans cette partie antérieure, et l'*amitié* dans cette autre qui est la postérieure. Ces facultés se trouvent, en effet, aux deux pôles opposés de la tête, quoique leur objet semble être à peu près le même; c'est une des objections qui ont été élevées contre le système phrénologique.

Voici les réflexions que j'ai à vous soumettre à cet égard. L'association est un instinct général et irréfléchi qui porte l'homme et les animaux vers les individus de la même espèce; vous l'observez chez les animaux. Ainsi, vous ne pouvez pas le nier dans l'animalité comme sentiment primitif. L'amitié est la spécialisation de ce sentiment sur un individu en particulier auquel la sympathie, inexplicable jusqu'à présent, nous associe plus particulièrement; mais il se rattache au même organe. La bienveillance, suivant moi, est une *jouissance intellectuelle* à faire le bien. Il y a bien, d'après cela, quelques rapports entre la faculté postérieure et la faculté antérieure, mais cette dernière est plus

intellectuelle, et s'étend à un bien plus grand nombre d'objets ; c'est une jouissance supérieure, plus étendue et plus délicate. Y aurait-il donc témérité à expliquer cette différence par le voisinage des hautes facultés de l'intelligence avec lesquelles la bienveillance semble se continuer ?

Encore quelques réflexions. Chez les animaux vous observez d'abord le besoin des associations, puisqu'ils se rassemblent. La plupart des animaux domestiques que vous avez sous les yeux ont cet instinct d'association. En conséquence de leurs fréquentations, ils ont des amitiés. Si vous observez ces liaisons entre deux chevaux, entre deux vaches, entre deux chiens, vous y verrez toujours une préférence ; elle va parfois jusqu'à porter certains animaux à partager leurs alimens avec leurs amis. Si dans une écurie, un cheval au vert est attaché au même râtelier, à côté d'un cheval au sec, le premier ne manquera pas, si son voisin est son ami, de pousser du vert avec sa bouche de son côté. On a vu de jeunes chiens porter leur nourriture à de vieux camarades enchaînés, et n'y toucher que lorsque leur ami en avait pris sa part. Cette sorte de dévouement amical n'est point rare chez les animaux dont le cerveau se rapproche du nôtre ; mais il ne saurait avoir une grande extension, vu la faiblesse des sentimens et des facultés réflectives dans ces espèces. Les animaux ne peuvent guère goûter les plaisirs de la bienveillance qu'en ce qui concerne la satisfaction des instincts. Mais si l'homme possède de plus qu'eux les jouissances qui tiennent aux sentimens supérieurs et aux facultés intellectuelles, et par le pouvoir de l'intelligence, la prévision qui est le *summun* de cette faculté ; il jouit intellectuellement beaucoup plus que les animaux, et dans l'avenir plus encore que le présent. Pourquoi donc n'admettrait-on pas, chez le genre *homo,* un organe destiné à faire partager ces sortes de jouissances à ses pareils ? pourquoi paraîtrait-il étrange que cet organe fût placé auprès de ceux de l'intelligence, comme celui qui fait partager aux autres les plaisirs des instincts est placé à proximité des organes qui en sont les instrumens ? C'est ainsi que je conçois la bienveillance. Aussi, si je modifiais l'ordre des *facultés,* je ne classerais pas celle-ci ailleurs que dans celles que je regarde comme ampliatrices des facultés intellectuelles, comme la gaîté, l'idéalité, le merveilleux et la construction. Mais je vous ai dit que je tenais à me conformer à l'ordre adopté par les phrénologistes, sauf à le modifier, à le rectifier, s'il y a lieu, lorsque les observations se multiplieront.

On a dit : Le *laisser-aller,* c'est la bonté par faiblesse de caractère, cette espèce de bonté qui est presque synonyme de *bêtise*, et qu'on appelle bonhomie, mot extrêmement expressif dans le style usuel. Je ne crois pas que la bienveillance soit cela, parce qu'elle s'allie fréquemment avec les hautes intelligences ; et même c'est ce qui a donné lieu aux philosophes du DIX-HUITIÈME siècle de confondre les bonnes actions avec l'intérêt particulier et d'imaginer ce qu'on appelle l'*égoïsme bien entendu*, *bien placé.* Ils ont dit : « Celui qui fait les meilleures actions, est celui qui calcule le mieux, parce que d'abord il y trouve un plaisir qu'aucun autre ne peut égaler ; et parce que tôt ou tard il en recueille le fruit... (ce qui est bien loin d'être vrai) : celui qui fait de mauvaises actions est celui qui calcule le moins bien, parce qu'il en est puni par le remords, et parce que tôt ou tard il doit se repentir de sa conduite inhumaine (ce qui n'arrive pas toujours à beaucoup près). »

Ces philosophes ont raisonné sur des faits de concordance des hautes facultés intellectuelles avec la bienveillance ; mais ils se sont trompés, puisque la bienveillance peut concorder avec des facultés intellectuelles de bas aloi, et puisque les hommes ainsi conformés s'applaudissent du mal qu'ils ont fait au lieu de s'en repentir. Cependant, suivant moi, d'après mon observation, qui n'est, à la vérité, qu'une observation individuelle, la bienveillance est très-fréquemment associée avec une haute intelligence ; je ne dis pas toujours, et je serais fâché qu'on me le fît dire, mais je soutiens qu'on en trouve des exemples bien frappans. Il y a effectivement beaucoup de personnes très-intelligentes, très-pénétrantes, qui font le bien tout en prévoyant les inconvéniens qui doivent en résulter. « Voilà un homme qui sera sans doute ingrat, dit le philanthrope *quand même*. Eh bien ! cela m'est égal, je veux lui faire du bien ; que m'importe sa reconnaissance ? je serai content de moi si je lui ai rendu un service ; s'il cherche à me déprécier, je trouverai en moi la consolation, le dédommagement de toute la peine qu'il pourra me faire. »

Des exemples de ce genre sont fréquens dans la société, et se voient surtout chez les hommes de la plus haute intelligence et en même temps du plus beau degré de moralité.

Opposition.—Ce qui contrarie l'action de cet organe ce sont ces instincts latéraux dont nous venons de parler (donnez-moi une tête de brigand, de misérable), parce que les instincts d'égoïsme, et surtout l'instinct de propriété, s'opposent aux actes de bienveillance. Vous le voyez, l'organe de la bienveillance est en général dominé par les instincts d'égoïsme, et l'intelligence est en moins.

Si l'homme possède, en même temps l'organe de la bonté et celui de la propriété, et que ce dernier prédomine, vous aurez un de ces avares qui, comme on dit vulgairement paraissent sortir de temps en temps de leur caractère. De là le proverbe : Il n'y a rien de tel qu'un avare auquel il prend fantaisie de faire de la générosité. Ces oppositions-là ne sont pas rares dans l'organisation humaine.

Combinaisons — Ces combinaisons sont très-variées. La bienveillance paraît difficilement saillante, et c'est une observation matérielle fort importante, si les facultés réflectives manquent, parce qu'en effet la bienveillance est placée immédiatement au-dessus des facultés réflectives ; ainsi quand ces facultés, la comparaison, la recherche des causes, sont déprimées, la portion qui appartient à la bienveillance est assez difficile à déterminer. Il ne serait pas facile de vous présenter des exemples de cette conformation, parce qu'il y aurait une sorte de médisance à en offrir pour types

des personnages connus. Cependant voici la tête de Dodd, Anglais qui s'est fait pendre pour avoir rendu service à des amis au moyen de fausses signatures. Voyez l'organe de la bienveillance qui est énorme, qui déprime, qui écrase les facultés réflectives supérieures. Il pourrait être moins saillant avec une bienveillance ordinaire : dans ce cas il ne vous serait pas facile de le reconnaître. Il est donc en général assez difficile que l'organe de la bonté frappe les yeux d'une manière très-saillante, par une éminence correspondante à la partie supérieure du front, si les facultés supérieures, sur lesquelles cet organe repose, ne sont pas bien développées. C'est une difficulté de diagnostic dont je devais vous prévenir, parce que, la phrénologie a beaucoup d'ennemis; mais l'étude, l'observation vaincront ces difficultés, dissiperont les doutes aux yeux des personnes attentives et de bonne foi. Du reste la bienveillance coïncide quelquefois avec le degré moyen et même avec le degré inférieur des intelligences; d'où résulte le proverbe: *Il ne faut pas se fier aux bonnes bêtes.* Tous les jours vous entendez dire dans la société : cet homme est excellent, mais c'est une bête; on ne peut jamais se fier à la bonté d'une bête. La bienveillance qui n'est pas appuyée sur une intelligence suffisante, se dément en effet assez fréquemment; mais vous sentez qu'il doit y intervenir l'influence de plusieurs autres organes.

La combinaison de cet organe avec les instincts postérieurs donne des résultats différens. Les hommes sont excessivement bons, si l'amour des enfans, du sexe opposé, de l'habitation, si tous les instincts affectueux coïncident avec le sentiment intellectuel de la bienveillance. Alors vous avez ce qu'on appelle des hommes excellens. Si en même temps la partie supérieure est bien développée, vous avez des hommes qui réunissent à la bonté des sentimens extrêmement élevés; ce qui fait que leurs bienfaits sont en général bien placés. Quand la fermeté s'y trouve, vous avez encore le *justum et tenacem propositi virum* d'Horace. Si la bonté coïncide avec les sentimens latéraux, inférieurs d'égoïsme, comme la destruction, vous observez des alternatives de férocité et de bonté. Cela n'est pas sans exemple; on a vu plusieurs brigands qui ont été, dans certaines circonstances, assez généreux : les uns, en dévalisant les voyageurs, leur laissaient ce qu'il fallait pour se rendre à leur gîte; les autres, après avoir attaqué des malheureux qui se trouvaient sans aucune ressource, leur donnaient ce qu'il leur manquait pour arriver à leur but. On a connu d'autres brigands très-bienveillans en faveur de leurs amis, ou des personnes qui leur avaient rendu des services. En un mot, ces contradictions et beaucoup d'autres sont des choses extrêmement fréquentes dans l'espèce humaine, et n'ont pas d'autre explication possible que la coïncidence, dans les mêmes têtes, d'organes différens qui entrent successivement en action. Aussi, vous voyez parfois dans la société des hommes, des femmes, extrêmement doux, bons, bienveillans, et qui pourtant sont avides du spectacle de la mort. Jadis ils allaient voir pendre ou rouer; aujourd'hui on les voit courir au spectacle de la guillotine. C'est l'organe de la destruction qui les pousse à cela; tandis que dans un autre moment, la bienveillance les portait à des actions d'un ordre tout différent. Si vous voulez vous convaincre que cette explication n'est pas gratuite, étudiez la phrénologie, et vérifiez-la dans toutes occasions possibles.

Défaut. — Si l'organe de la bienveillance est faible, il en résulte l'indifférence pour le malheur d'autrui. Si la destructivité et les organes latéraux d'égoïsme sont prédominans, l'intelligence, qui se trouve forcée d'obéir, rend l'homme sophiste; l'homme cherche alors les argumens les plus obliques, les plus subtils, pour justifier sa conduite. Notez bien que les argumens du sophiste sans beinveillance semblent être inspirés par une intelligence d'une nature toute différente de celle qui préside aux raisonnemens de l'homme bienveillant et généreux : on dirait que ces deux êtres ne sont pas du même ordre dans la nature; toutefois les sophismes des hommes égoïstes et malveillans peuvent momentanément imposer à la multitude, s'ils sont entourés des prestiges d'une éloquence séduisante.

Animaux. — Chez les animaux, cet organe varie suivant les espèces, d'après les observations de M. Vimont, et même chez les individus de la même espèce. Chez les quadrumanes, les singes, la classe la plus voisine de l'homme, tous les animaux dont la tête est organisée sur le même plan que la nôtre, cet organe occupe la même position que chez nous. Chez les quadrupèdes on le voit à la partie moyenne, supérieure et un peu antérieure de l'os pariétal. On cite le chien, le cheval, le mouton, et l'on remarque que plus cette partie est prononcée, plus il y a de bonté.

On a tiré encore une pauvre objection de la différence de conformation du crâne. Ainsi chez les quadrupèdes, les sinus frontaux étant plus développés, cet organe se trouve plus reculé, ce qui empêche, dit-on, de le reconnaître; mais, messieurs, prenez le crâne, observez le cerveau, vous verrez que l'organe correspond toujours au même endroit, aux lobes antérieurs, à la partie supérieure de ce lobe; exercez-vous ensuite à le reconnaître sur la tête osseuse et sur l'animal vivant.

M. Vimont a trouvé cette faculté prédominante chez le chevreuil, chez le cabiais ou ce petit cochon d'Inde qu'on trouve si communément à Paris; tandis qu'elle lui a paru faible chez le rat des égouts, la marte, le blaireau, où cette partie est très-déprimée. Je ne prends pas la responsabilité de tous ces faits; je vous les présente en m'en rapportant à l'auteur. Mais je sais parfaitement qu'on peut diagnostiquer la bonté chez le cheval et chez le chien, dont l'observation est à la portée de chacun. Mon but principal est d'exciter à la recherche, et non de me constituer le Don Quichotte, le champion quand même de MM. tels ou tels; ainsi, je dois vous exposer une masse de faits qui me semblent mériter des recherches suivies et sérieuses.

Chez les grands carnassiers, cet organe paraît peu développé; cependant il en existe des rudimens, car, vous le savez tous, le fameux Martin est parvenu à se mettre en rapport avec ces animaux, à les dompter, à dé-

velopper en eux des sentimens de bienveillance, de respect qu'on n'aurait pas soupçonnés.

Nous n'avons pas trouvé dans l'ouvrage de M. Vimont de détails sur l'existence de cet organe chez les oiseaux; cependant il y a des oiseaux qui sont éducables, et qui vivent au milieu de nous ; peut-être pourrait-on trouver des traces de cet organe chez ces animaux. Quelques personnes qui veulent le leur accorder ont prétendu que les soins que les oiseaux de cage donnent à leurs petits, les soins mutuels que se prêtent plusieurs oiseaux sauvages, pourraient dépendre de cet organe ; mais cela pourrait aussi être l'effet de celui de l'amitié. Cette question ne me semble pas assez éclairée ; je n'ose pas me prononcer (1).

Quant aux classes inférieures, aux batraciens, aux reptiles, il ne paraît pas qu'il y ait de traces de ce sentiment chez ces animaux. Il serait inutile de descendre plus bas dans l'échelle zoologique.

Exemple. — C'est par là que nous allons terminer. On cite, d'après les bustes, Henri IV, Vincent-de-Paul, l'abbé Gauthier, et Eustache ; je vous ai déjà parlé de l'extrême bonté de cet homme, qui a exposé mille fois sa vie pour son maître, et en général pour tout ce qui lui semblait malheureux. Il semblait avoir un sentiment de vénération pour les blancs qu'il n'avait pas pour les nègres. Vous voyez que dans sa tête cet organe domine manifestement, même sur l'intelligence, qui néanmoins n'est pas pauvre ; que les phénomènes de relation sont assez bien prononcés ; que la destruction, la ruse, le courage, sont dominés par les organes supérieurs qui occupent le sommet de la tête. Cependant cet homme a déployé courage, ruse, circonspection pour satisfaire son extrême penchant à l'obligeance, et surtout pour sauver la vie et la fortune de son maître, lors de l'émancipation des noirs d'Haïti. Remarquez bien aussi que ces organes latéraux ne sont pas nuls ; seulement ils ne sont pas prépondérans. Eustache possédait d'autres facultés élevées qui ont fait obéir celles du côté ; nous en parlerons plus tard. C'est une des tête les plus précieuses que nous possédions, et je me félicite d'avoir eu l'avantage de la procurer à la phrénologie.

(1) Voici un fait qui m'a été raconté par une personne en qui j'ai confiance. Une serine n'avait qu'un petit encore fort jeune ; sa cage ayant été renversée par un accident, le petit oiseau fut jeté hors du nid et fortement contus. On le remit dans le nid, mais il se précipita aussitôt et se réfugia dans un coin de la cage. On le remit de nouveau dans le nid : même empressement à le quitter. L'épreuve fut répétée plusieurs fois, et toujours avec le même résultat. Sa mère paraissait fort inquiète ; enfin, elle prit son parti : elle se mit à transporter tout ce qui garnissait le nid, dans le coin que son petit avait choisi pour sa retraite ; elle le soulevait doucement pour arranger sous lui ces objets, et bientôt elle lui eut fabriqué un lit commode aux dépens du coton et des plumes de l'ancien nid.

Un fait pareil atteste en même temps, chez le serin, philogéniture, bienveillance, éventualité, et même une assez bonne dose de facultés intellectuelles. Ne soyons donc pas surpris qu'on apprenne de si jolis tours à ces petits oiseaux, par l'éducation.

Chez le curé Charpentier, les mêmes facultés supérieures sont dominantes ; ce qui n'empêche pas que la bienveillance ne soit encore très-prononcée, car il faut distinguer dans les têtes ce qui domine, de ce qui est très-prononcé, sans l'emporter sur le reste. La bienveillance est en effet très-prononcée, quoique l'estime de soi, le désir de l'estime des autres et la vénération l'emportent. C'est une tête éminemment morale.

Prenez la peine de comparer cette tête avec celles des brigands ; vous serez frappés de la différence.

Il y a des nations chez lesquelles ces parties sont fort déprimées, comme les Caraïbes. Il est vrai qu'ils cherchent à s'aplatir le front par une compression soutenue sur les enfans au berceau. Il est donc probable que cet organe et ceux des facultés réflectives ne se développent pas facilement chez cette nation ; leurs têtes ne peuvent donc pas beaucoup prouver. Mais voici un brigand d'une espèce particulière, un chauffeur ; ce misérable n'a pas eu le front déprimé par force comme le Caraïbe dont je viens de vous montrer la moulure ; cependant, observez ces masses latérales horriblement prédominantes, tandis que la dépression du haut du front ne laisse découvrir presque aucunes traces de comparaison, de causalité et, rigoureusement, aucun signe de bonté. A la prédominance de la destruction et du désir d'avoir, s'ajoute dans un haut degré une faculté bien funeste avec cette combinaison : c'est la fermeté, la persistance dans les projets ; et cet ensemble forme le spectacle le plus dégoûtant aux yeux des phrénologistes. En effet lorsque cette dernière faculté se trouve associée avec des sentimens dépravés, cela constitue la combinaison la plus déplorable, tandis qu'au contraire la fermeté coïncidant avec des sentimens supérieurs, complète un assemblage de grandes qualités dont le prix est relevé par une conséquence soutenue dans les discours comme dans la conduite.

Des exemples nombreux de bienveillance en défauts ne nous manqueraient pas à coup sûr ; mais comme le temps nous presse, je me contenterai de vous signaler encore cette tête de parricide.

ONZIÈME LEÇON.

17 *juin* 1836.

14. VÉNÉRATION.

Messieurs,

Nous sommes arrivés au n° 14 des facultés des phrénologistes, c'est la vénération. Cette faculté a été signalée par Gall, qui lui a donné le nom de théosophie, d'après Lavater, qui avait observé que les personnes religieuses avaient la partie supérieure de la tête fort saillante dans la région moyenne : c'est la tendance à vénérer. à honorer.

Situation. — L'organe est placé au sommet de la tête, au point de réunion du milieu de l'os fronta ave



l'angle supérieur des pariétaux ; c'est précisément le siége de la fontanelle antérieure et supérieure. Cet organe est d'ordinaire plus prononcé chez les femmes que chez les hommes.

INFLUENCE OU IMPULSION PRIMITIVE.

L'action, ou influence directe qu'on lui assigne, est la tendance à vénérer, à honorer en général. Voilà le sentiment fondamental des phrénologistes, et l'intelligence choisit l'objet de vénération, ou bien l'habitude et l'exemple le signalent. Il n'y a pas d'idée dans ce sentiment; il ne peut donc être considéré comme l'origine de l'idée de Dieu, ainsi que l'a exprimé Gall, qui peut-être ne le croyait pas, mais qui a jugé convenable de le dire. On a fait à cette occasion des objections que nous ne pouvons guère qualifier que d'absurdes. On a dit : « Gall prétend que c'est la théosophie, Spurzheim la vénération, mettez-les d'accord. » Eh, messieurs! quand une science commence, tous les faits ne sont pas aperçus ; il faut du temps, de l'observation. Tirer des argumens contre une science, des découvertes qui agrandissent cette science, c'est véritablement être l'ennemi de tout progrès.

Ainsi, nous ne nous arrêterons pas sur cette objection. Les idées n'appartiennent qu'aux organes destinés aux idées.

Applications. — Cet organe s'adresse dans le commencement de la vie, chez l'enfant, aux parens, père et mère, aux nourrices; plus tard aux maîtres, aux chefs quels qu'ils soient, aux vieillards, aux riches, aux puissans, aux princes, aux rois, à tout ce qui est supérieur dans l'état social. A l'idée des personnes qui jouissent de ces supériorités, s'associe un sentiment particulier, et c'est le sentiment de vénération. On croit aussi qu'il s'applique à l'antiquité, aux monumens, aux grands personnages des siècles passés, qui paraissent d'autant plus grands qu'ils sont plus éloignés de l'époque où l'on vit. Le sentiment de respect que l'on éprouve pour les hommes et les choses ne s'explique pas; mais il existe, puisque l'observation le constate. On ne peut pas le définir; les sentimens et les instincts ne sont pas susceptibles de définition, puisqu'ils ne peuvent être traduits en faits semblables. Il est également impossible de les décrire, car ils n'ont aucun attribut sensitif que puisse signaler la description. Ce sont des faits primitifs, des modifications de l'action nerveuse qu'il faut avoir éprouvées pour les connaître : il s'agit donc de les nommer, d'en montrer l'application, et d'en appeler à la conscience d'un chacun, sauf à n'être pas entendu par ceux qui ne les auront point éprouvés. Or, la vénération est de ce genre.

Ce sentiment s'adresse aussi à tout personnage réel, ou fictif, qui passe pour intermédiaire entre Dieu et l'humanité. Ce sentiment d'ailleurs est tellement fort, qu'il cherche toujours, quand il existe, un objet vers lequel il puisse se diriger, et dans notre ignorance une foule d'objets deviennent ceux de la vénération. Ainsi on l'a appliqué aux causes apparentes ou présumées de chaque phénomène de la nature. De là le polythéisme; Jupiter dans le ciel, Neptune dans la mer, des dieux dans les fleuves, un dieu dans le soleil, et ainsi de suite. Il s'applique aussi à tout ce qui inspire de la peur, de la terreur, aux monstres par exemple. On a adoré les animaux féroces, les serpens, les monstres, et dans plusieurs religions, on a figuré les dieux, avec les attributs de tous les animaux les plus terribles et les plus hideux de la nature. Telles étaient les idoles des anciens Gaulois, nos ancêtres.

La vénération s'est également adressée aux causes que l'on a présumé produire des bienfaits, rendre de grands services, fournir les élémens de la vie, tels que le feu, le soleil. Cet astre a eu des adorateurs dans l'Orient, et rien n'est plus facile à comprendre, car un des premiers faits qui a pu être constaté par les hommes, c'est que la vie et l'abondance sont en raison de la chaleur solaire.

Dans la plus profonde ignorance, l'adoration s'est adressée aux images mêmes des choses que l'on vénérait ou que l'on redoutait. Ainsi les images des dieux, celles des monstres, ont été adorées par les peuples, non pas comme représentant ces prétendues puissances, mais on adorait la statue elle-même; et le bon La Fontaine a rendu cela d'une manière admirable. Un statuaire fait une image de Jupiter avec un bloc de marbre dont il pouvait faire une table. Le poète ajoute :

« Tremblez, humains! faites des vœux!
« Voilà le maître de la terre! »

Il y a de l'observation et de la philosophie profonde dans ces vers. L'artiste modifie un marbre, et la multitude se prosterne devant ce marbre. En Espagne, même actuellement, vous voyez le peuple adorer l'image de la Vierge, non pas de la Vierge telle que la représente la croyance catholique, glorieusement assise dans le ciel, mais de la Vierge de tel endroit, faisant tel miracle, noire ou blanche, représentée par telle ou telle forme, décorée de telle ou telle manière. C'est à cette représentation que s'adresse la vénération ; c'est cette image et non toute autre que l'on choisit pour la patronne de l'enfant. Tout cela suppose l'ignorance, et vous fait voir combien l'intelligence influe sur la direction de cet organe.

Enfin dans l'extrême ignorance, dans le dernier degré d'abrutissement, on voit de petites figures insignifiantes, nommées des *grigris*, être l'objet de l'adoration des peuples sauvages, tant ce sentiment est impérieux ; ou bien le premier objet qui se présente lorsqu'un individu quitte son domicile le matin, devient son dieu pour la journée. Tous ces faits sommaires, tirés de l'histoire, vous font comprendre la puissance de ce sentiment.

L'adoration est-elle un résultat unique de l'influence de la vénération ? Je ne le crois pas. On peut être très-vénérant, très-respectueux pour les personnes et les objets qui sont dignes de respect, sans être adorateur. L'adoration exprime, suivant moi, un autre mouvement nerveux ; la partie de l'imagination qui porte le

nom de *merveillosité* y contribue puissamment, ainsi que j'aurai l'honneur de vous l'expliquer en parlant de cette faculté.

Défaut. — Le défaut de cet organe est un grand mal, messieurs, quoique les abus en soient déplorables, ainsi que vous pouvez le déduire de ce que je viens de vous dire. Cependant il n'en est pas moins certain que la faiblesse relative de la vénération est quelque chose de très-malheureux. La vénération, sentiment supérieur, est un des principaux liens de la société; si l'on ne vénère pas ce qui est vénérable, à commencer par les auteurs de nos jours et par nos instituteurs, tous les liens sociaux sont rompus; l'homme le plus bas, le plus vil, le moins cultivé, se croit au niveau des plus grandes supériorités réelles, comme de celles qui résultent des conventions des hommes; les représentans de la loi, ceux du pouvoir que le contrat social a institués, sont méprisés, et le désordre est partout. Ce fait est compris par les princes. (Je me permettrai souvent ici des réflexions philosophiques qui ne seront pas prises, j'espère, en mauvaise part.) Aussi les princes ne se contentent-ils pas du sentiment de respect qu'inspire leur position élevée; ils invoquent tous la puissance des cultes et celle de l'adoration, afin de se consacrer davantage. Celui qui ne respecte rien, immole tout à ses passions, à ses intérêts; c'est un homme vil, en général. Il faut de la vénération bien placée; mais elle ne peut l'être que sous l'influence d'une haute intelligence et d'une intelligence cultivée; car c'est par l'éducation que l'homme apprend à respecter les décrets portés par les sages des nations, qui seuls ont droit de conférer le pouvoir à des particuliers.

Auxiliaires.—Cet organe a pour auxiliaire la partie de l'imagination dite le *merveilleux* ou la *merveillosité,* dont nous parlerons bientôt. Je sais que vous n'êtes encore familiarisés qu'avec les organes qui ont passé sous vos yeux. Cependant je suis obligé de citer ceux dont je ne vous ai pas encore parlé en détail, m'en référant à ce que je vous ai dit dans nos considérations générales, que je vous prie, en conséquence, de ne pas perdre de vue.

L'organe est aussi secondé par la bienveillance, par les affections, par la peur, par l'estime de soi, qui s'exalte, beaucoup chez celui qui se croit ou se dit l'interprète de la divinité. La haute position qu'il se donne le rend susceptible d'un sentiment de colère, d'indignation, contre celui qui l'offense, et vous voyez ainsi l'association de la vénération avec l'estime de soi et avec la destruction, ce qui est fort important; car, si l'estime de nous-mêmes est augmentée par les hommages qu'on nous rend, la destruction ne l'est pas moins. Aussi les prêtres n'ont-ils jamais pu trouver d'expression assez fortes pour représenter les effets de la colère de leurs dieux, ni de tortures assez atroces et assez durables pour les venger.

Antagonistes.—L'opposition aux effets de cet organe se trouve dans l'intelligence, surtout dans la partie réflective, et non pas dans celle qui prend connaissance des attributs des corps; car on peut être très-grand observateur, et ne jamais réfléchir profondément sur ce qu'on observe. Mais l'homme éminemment réflectif, celui qui est dominé par le désir de rechercher les causes des faits, c'est-à-dire de les lier entre eux sous le rapport de la causalité ou de l'influence réciproque, celui-là éclaire ses semblables, et c'est lui qui fait disparaître toutes les idoles factices que l'ignorance et la crédulité ont créées. Il ne reste plus, après le travail soutenu de la haute réflexion ou de l'intelligence, considérée dans son point le plus élevé, il ne reste plus, dis-je, que la vénération pour les parens, pour l'âge, pour l'expérience, le savoir, pour toutes les supériorités réelles, démontrées par des actes que tout le monde peut apprécier, le respect pour les organes de la loi, et enfin la vénération pour la cause unique et centrale, pour Dieu. Aussi les ministres des cultes, j'entends de ceux qui sont fondés sur le mensonge, ont-ils toujours manifesté de l'opposition contre les progrès de l'histoire naturelle et du raisonnement, ont-ils sans cesse multiplié leurs efforts pour faire fléchir la logique dans le sens de leurs intérêts.

La destruction ne combat directement la vénération, car cette faculté agit souvent dans l'intérêt de la colère; les ministres des cultes ont toujours en recours, comme nous l'avons dit, à la colère, en faveur de leurs croyances. Mais cette colère a reçu le nom particulier d'indignation, sorte de sentimens que font naître toutes les offenses que l'on fait aux objets de notre respect; c'est cette espèce de colère qui sert de justification aux persécutions du fanatisme, aussi bien qu'à l'atrocité des supplices que l'on inflige encore dans beaucoup de pays aux profanateurs en tout genre, et dont heureusement notre grande révolution nous a délivrés. Nouvelle preuve du rôle important que remplissent les organes réflectifs comme régulateurs des sentimens de vénération, de colère et d'indignation.

Exemples. — Comme exemples positifs, on cite particulièrement, d'après les portraits et d'après les bustes *Walter Scott,* dont les poésies ont une teinte de vénération; l'abbé *Gaultier*, ancien directeur des sourds-muets, homme extrêmement remarquable et vénérant; l'abbé Grégoire, dont vous avez déjà vu le buste, et où cette partie est extrêmement saillante: le même organe se présente chez le curé Charpentier dont je vous ai déjà parlé. Vous voyez qu'il augmente la hauteur de la tête, à partir du conduit auriculaire. Voici un poëte religieux chez qui cet organe est excessivement prédominant; tous les travaux poétiques auxquels cet homme s'est livré ont été par conséquent dirigés par cet organe.

Je puis encore vous citer Spurzheim, un des principaux auteurs de la phrénologie, qui était un homme extrêmement vénérant. Voici un brigand (j'en suis bien fâché) où cet organe était très-prononcé; sans doute il ne l'avait pas exercé, mais aussi l'intelligence était faible, et chez lui les penchans latéraux l'emportent en masse, à la partie inférieure. Au surplus, l'association de la vénération avec le brigandage et l'assassinat n'est pas chose rare dans l'histoire; et même en France

aujourd'hui les bandits les plus atroces dans leurs exécutions se trouvent parmi ces vagabonds qui se disent les vengeurs de la religion outragée.

Chez le nègre Eustache, cette partie est aussi extrêmement saillante. Voilà Dodd, que je vous ai déjà présenté comme un exemple remarquable de bienveillance; ministre du culte par choix, et très-vénérant, il s'est pourtant fait pendre, comme je crois vous l'avoir dit, pour avoir manqué de prudence et de probité. Voyez ce que peut la combinaison des organes. C'est une tête dont les ennemis de la phrénologie abuseraient s'ils la connaissaient. N'ayant point réfléchi aux conséquences des associations, et des forces et faiblesses relatives des organes, ils auraient sans doute fait servir celle de Dodd à leurs sarcasmes. Mais ils ne la connaissent pas, car ils se font une loi de juger la phrénologie sans l'avoir étudiée dans la nature.

La plupart des hommes suppliciés, des brigands les plus abjects, manquent de cet organe. Voici le parricide Martin, que je vous ai déjà plusieurs fois présenté; vous voyez une éminence qui correspond à la fermeté et à l'estime de soi; elle ne se prolonge pas jusqu'à la vénération, et les facultés intellectuelles sont très-faibles. Or je vous ai déjà dit toute la puissance de l'intelligence sur les sentimens. On peut être assassin par un motif religieux aussi bien que par impiété, si les bas instincts poussent à la spoliation, à la destruction, lorsque rien de naturel, rien d'acquis n'existe dans l'intelligence, qui puisse corriger ces vices de sentimens.

Les hommes supérieurs en intelligence ont donc présenté la coïncidence du sentiment vénérant. Voici les têtes de *Bagnol*, de *Casimir Périer*, de *Benjamin Constant*, qui a fait un ouvrage sur la religion, qui a soutenu l'existence du sentiment religieux. Voilà celle de Manuel, qui était un homme d'une belle moralité. En un mot, les hommes vraiment supérieurs ont en général cette faculté, parce qu'il faut toujours, pour servir utilement la société, rendre hommage à ce qui est grand, digne, vénérable; ils n'ont pas été pour cela tous croyans à un culte particulier ni fanatiques pour ce culte. Mais ils ont été vénérans, ils ont su rendre justice à ce qui était supérieur dans l'ordre naturel, dans l'ordre social.

La vénération est donc vraiment un des principaux élémens de l'état de société, il est impossible d'en douter; mais il ne faut pas considérer cette faculté d'une manière rétrécie, et regarder l'organe qui en est le siége, comme un instrument de fanatisme, ni même de bigotisme ou de mysticité; souvenez-vous bien, de grâce, que c'est le seul organe qui rende possible la stabilité des états.

Animaux. — Les phrénologistes ont refusé ce sentiment aux animaux. Moi, messieurs, je ne suis pas de cet avis; une certaine nuance de vénération existe chez plusieurs espèces, parmi les vertébrés qui se choisissent des chefs qui marchent d'après le signal que ces chefs leur donnent et qui leur obéissent. Ainsi, même parmi les moutons, vous voyez un chef; s'il existe une troupe de chevaux sauvages (vous ne pouvez observer ce fait en Europe, mais en Amérique il existe), c'est le plus habile, le plus expérimenté qui conduit la troupe. Dans les marches de nos armées en Espagne, j'ai plusieurs fois constaté la déférence du mulet pour le cheval; un sentiment secret porte les animaux du genre *equus* à se laisser diriger par celui d'entre eux qui a le plus de sagacité et d'expérience, lorsqu'aucun instinct violent ne les en détourne.

Parmi les oiseaux, c'est presque toujours le chef qui surveille. Un instinct désigne ce chef; il sent lui-même sa supériorité, il se met à la tête. Pourquoi nier cet instinct? Que signifie cet orgueil qui porte certains hommes à se placer dans une nature supérieure à celle des animaux? N'avons-nous pas assez de prérogatives qui nous en distinguent dans la même nature? Vous les connaîtrez plus tard, ces prérogatives.

Le chien est assurément un des animaux chez qui ce sentiment est des plus prononcés par rapport à l'homme. Il se manifeste aussi chez l'éléphant, chez le cheval, qui respectent leur maître plus que les autres personnes. Dans ce cas, la vénération s'adresse à l'homme. Il existe chez les animaux dont les cerveaux se rapprochent du nôtre un sentiment qui place l'homme au-dessus de tous les êtres vivans.

Ainsi le sentiment de la vénération, considéré chez les animaux, doit être distingué suivant qu'il s'applique à l'homme ou bien aux animaux seulement; parmi ces derniers, on l'observe surtout entre les individus de la même espèce; quelques faits pourraient l'établir entre des espèces différentes; comme j'ai des doutes sur ce point, je n'en parle pas. Mais il me paraît certain que ceux des animaux pour qui l'homme peut éprouver de l'affection, non-seulement en ont pour lui, mais lui témoignent aussi du respect, ce qui suppose nécessairement une identité de nature. Certains faits génériques appuieraient bien davantage cette vérité; mais notre cours ne se prête pas à des considérations de ce genre.

Entre tous les animaux, le chien se fait remarquer par la vénération qu'il porte à l'homme : cet animal distingue parfaitement, dans la maison qu'il habite, le rang qu'occupe chacune des personnes qui peuplent cette maison. Il met le maître à la tête; il sait que les enfans du maître méritent plus de respect que les étrangers; il place les domestiques dans un degré inférieur, les amis de son maître sont fêtés en proportion du cas qu'il paraît en faire; les étrangers sont ensuite rangés dans un ordre inférieur; et parmi ces étrangers ceux qui sont bien vêtus, ceux qui ont une bonne physionomie sont reçus avec bien moins de sévérité que ceux qui sont mal mis, qui ont une expression de mauvaise intention. Sur ce point, quelques mâtins ont manifesté une sagacité admirable, car on en a vu qui se sont jetés de prime abord sur des malfaiteurs qui s'étaient introduits en plein jour chez des particuliers, dans l'intention de les assassiner; intention qui s'est trouvée justifiée par des armes dont ces misérables, terrassés par l'animal, ont été trouvés porteurs et par l'aveu qu'ils ont fait. Personne ne peut nier ces faits de la nature,

qu'on qualifie mal à propos de prodiges ; et ces faits, je le répète, ne peuvent dépendre que d'une influene cérébrale, que d'un sentiment mixte d'attachement et de vénération pour notre espèce. En vous disant cela, messieurs, j'en appelle à vos souvenirs. Je suis honoré de l'attention d'un auditoire nombreux, eh bien! je me sens persuadé que la majeure partie d'entre vous s'est rappelé des faits très-remarquables de ce genre, en m'écoutant.

Voici une anecdote que je dois à M. Gromier, ici présent, à mon côté. Il existait dans la maison paternelle de ce jeune étudiant, un chien qui défendait son maître contre les étrangers et contre toutes les personnes de la maison. Il défendait les enfans de son maître contre les valets : si un valet avait voulu lever la main sur l'un d'eux, à l'instant il lui sautait à la gorge. Il défendait les valets contre les étrangers. Mais ce qui est le comble de l'intelligence en ce genre, ou plutôt ce qui atteste l'association de l'intelligence avec la vénération et l'amitié, c'est que si un enfant affectait de frapper un domestique, il ne s'en fâchait pas d'une manière sérieuse ; tandis que si un domestique (on en a fait l'expérience bien des fois) avait l'air de lever la main sur l'enfant, à l'instant l'animal se précipitait sur lui. On sent bien que l'enfant n'avait éprouvé aucun mal, aussi le chien se contentait-il de contenir le valet ; mais personne ne doutait que si l'insulte eût été réelle, il n'aurait pas manqué de la venger.

Il y a donc chez les animaux des impulsions de vénération, d'estime et d'amitié. Ce n'est pas amitié simplement, il y a autre chose de plus élevé qui mérite toute l'attention des phrénologistes, et je suis étonné qu'on se soit obstiné à ne pas reconnaître les élémens du sentiment vénérant chez les animaux. Il faut pourtant convenir qu'ils ont ce sentiment et plusieurs autres, afin de refuter certaines objections : par exemple, on nous dit que les animaux possèdent plusieurs des organes que nous attribuons chez l'homme aux sentimens supérieurs, et que pourtant ces sentimens leur sont étrangers. Oui certes, ils les possèdent ces organes ; et ils en éprouvent aussi les influences, mais comme les organes sont chez eux moins développés que chez nous, ils ne peuvent manifester nos facultés que dans des degrés plus ou moins éloignés de ceux où il nous est donné d'en jouir. Pour moi, je ne crains pas de faire la déclaration publique de cette vérité : il existe un enchaînement dans la nature, depuis la plus basse animalité jusqu'à nous, et les animaux dont *l'organisation avoisine la nôtre, nous sont unis par des liens que le naturaliste de bonne foi ne doit pas dissimuler.* (1)

15. FERMETÉ, PERSÉVÉRANCE.

Tous les phrénologistes ont admis cette tendance ; elle n'a pas été connue des métaphysiciens parce qu'on ne devine pas tout, lorsqu'on procède *à priori ;* elle n'a pas été considérée par eux comme une des qualités fondamentales du moral humain. Mais les phrénologistes n'ont pas hésité à la placer sur la ligne des autres sentimens.

Situation. — La situation de l'organe qui correspond à la fermeté est à la partie postérieure de la ligne médiane de la voûte du crâne, entre la vénération et l'estime de soi. Voici la vénération ; la fermeté est là. Malheureusement pour la partie systématique de la phrénologie, et pour l'uniformité de la démonstration du cerveau, ce n'est ni une circonvolution particulière, ni un groupe de circonvolutions qui sont le siége de la faculté ; elle correspond à deux ou trois portions assez rétrécies de circonvolutions qui vont former d'autres organes. On est donc obligé de considérer celui-ci d'une manière tout empirique. J'aime à vous exposer mes doutes comme mes convictions. Est-ce un organe particulier ? est-ce le résultat de la confluence ou des rapports de plusieurs organes ? je l'ignore, et je prends le parti de l'étudier d'une manière purement empirique, d'après l'observation des phrénologistes. La situation de l'organe est invariable, mais il n'est pas toujours sensible au premier aspect sur le sommet de la tête : vous le trouverez sur la ligne verticale, circonscrit par quatre ou cinq organes : en arrière par l'estime de soi, en avant par la vénération, de chaque côté par la conscience, et quelquefois un peu par l'espérance. Dans cette tête, il occupe la partie la plus élevée ; c'est qu'il se trouve plus développé que la vénération. Dans une autre tête, il sera dominé par la vénération ou par quelqu'un des organes voisins.

Influence directe ou primitive. — La détermination bien prononcée est la constance, la persévérance, la té-

(1) Puissent ces faits et ces réflexions hâter l'époque où nous imiterons les Anglais, dans la protection qu'ils accordent aux animaux qui sont devenus les esclaves et les soutiens de l'homme. Verrons-nous toujours les charretiers accabler de coups leurs chevaux, pour les forcer à traîner des fardeaux au-dessus de leurs forces, ou leur lancer de sanglans coups de fouet, dans le seul but de faire parade de leur adresse ? Faudra-t-il que nos bouchers continuent d'être journellement exercés à la colère pour vaincre la résistance des animaux qu'ils sont obligés d'immoler ? Des nations plus sages que nous ont déjà senti les inconvéniens de ces écoles publiques de férocité : la police, chez elles, ne permet pas aux conducteurs de chevaux de les maltraiter, et l'on s'occupe à mettre en pratique, pour abattre les grands quadrupèdes, un procédé qui n'expose pas le boucher à lutter avec une espèce de rage contre l'animal qui voit couler les flots de son sang. L'introduction d'un poignard entre la première et la seconde vertèbre du cou peut abolir à l'instant tous les sentimens extérieurs chez le bœuf le plus robuste, ainsi qu'on est à même de le vérifier par les exploits des *matadores* d'Espagne, dans les combats du taureau. Pourquoi ne s'occuperait-on pas sérieusement à introduire ce procédé dans nos abattoirs ? La saignée n'en serait que plus facile, plus complète, et la section du cordon médullaire dispenserait du coup d'assommoir dont l'horrible répétition n'est souvent que trop nécessaire au succès de l'opération.



nacité de caractère. Le fait est que l'on observe constamment que les personnes chez qui cette partie là, très-saillante, forme un sillon longitudinal assez large, sont tenaces, persévérantes dans leurs opinions et leurs projets; et voilà pourquoi, malgré l'objection qui pourrait résulter du défaut d'une circonvolution particulière, les phrénologistes, esclaves des faits, esclaves de l'observation, se sont crus obligés d'admettre la région cérébrale dont il s'agit comme l'organe de cette faculté.

Application. — Vous savez que nous considérons toujours l'application d'un organe dans les rapports de cet organe avec les autres. Ici nous ne trouvons point un sentiment spécial, mais une qualité des sentimens quels qu'ils soient, comme aussi des facultés de l'intelligence. Eh bien! cette qualité c'est la persévérance, la ténacité, la fermeté, qualité que les observateurs *à priori* n'ont point songé à ériger en fait primitif. Ainsi le sentiment qui domine devient persévérant, opiniâtre chez celui où l'organe qui nous occupe est très-prononcé. Vous sentez combien l'intelligence, quoique soumise jusqu'à un certain point à notre organe doit le modifier à son tour. Par conséquent, si l'intelligence est faible, elle exercera moins d'influence sur l'organe qu'elle n'en recevra de ce même organe, et l'homme aura de la persévérance dans les penchans qui se trouveront prédominer, soit que ces penchans tendent à inspirer de bonnes actions, soit qu'ils en suggèrent de mauvaises. Il sera entêté, voilà tout. C'est ce que nous voyons souvent chez des malfaiteurs, qui ont peu d'intelligence et beaucoup de persévérance. Vous voyez alors une obstination dans le mal, qui est la chose du monde la plus déplorable aux yeux des phrénologistes; l'organe est, dans ce cas, un de ceux qui les portent le plus à prononcer l'incorrigibilité. En effet, lorsqu'il y a de la persévérance, de la fermeté combinées avec des organes de bas aloi, les phrénologistes désespèrent de la correction de pareils sujets. Remarquez que les phrénologistes ne se bornent pas à un petit nombre d'habitans de Paris; il y a des phrénologistes extrêmement nombreux en Angleterre, en Écosse, dans les États-Unis, en Danemark; ils se multiplient de toutes parts; les observations vont sans cesse croissant, ce n'est pas une illusion. On a beau rire dans les Académies, la science marche; l'observation n'est pas sensible au sarcasme, ni aux mauvaises plaisanteries. Elle poursuit sa marche avec indépendance. Je suis obligé de vous le dire, par rapport à cet organe, quoique je sois fâché moi-même de ne pas le voir siéger dans une circonvolution particulière; mais qu'y faire?

Si l'organe se trouve associé à une haute intelligence et à des penchans, ou plutôt à de sentimens élevés il donne de bons résultats; c'est le *justum et tenacem propositi virum* que rien n'ébranle, qui verrait l'univers s'écrouler sans que sa vertu fléchît; s'il se trouve chez un malheureux dont l'organisation est faible, ce n'est que de l'entêtement. Ces idées, vous ne les trouverez dans aucune philosophie, j'en appelle à tous ceux qui ont pâli sur les bouquins. La phrénologie n'est donc point à dédaigner. Ce qui la relève le plus, c'est qu'elle est fondée sur la matière, sur quelque chose de positif. Ainsi vous voyez comment cet organe peut suggérer, dans son application, les expressions d'homme à caractère, d'homme têtu, d'homme inflexible. Il y a des hommes qui ne reviennent jamais sur les idées qu'ils ont reçues, qui ne réforment pas leur éducation, qui ne corrigent aucun de leurs travers, qui tiennent opiniâtrement à ce qu'ils ont appris dans leurs premières années. Le plus souvent cet état résulte d'une prédominance de l'organe dont nous parlons, qui les retient dans le sentier battu; et l'influence qu'il exerce est d'autant plus puissante que l'intelligence se prête moins à de nouvelles découvertes, à des travaux soutenus capables de les rectifier. Il faut dire la vérité pour tout le monde.

Auxiliation et opposition. — L'intelligence est, sans contredit, le principal modificateur de l'impulsion qui nous porte à la persévérance. Il faut convenir, en effet, que c'est l'intelligence qui nous éclaire dans l'exécution de nos projets: si nous reconnaissons qu'ils peuvent aboutir à de mauvais résultats, nous y renonçons, quelque tendance que nous ayons à y persister. Si nous n'avons que peu d'intelligence, nous obéissons comme des machines. Peut-être une plus profonde réflexion me ferait découvrir d'autres moyens d'auxiliation et d'opposition, mais je vous avoue que dans ce moment-ci je n'en vois pas.

L'organe peut se combiner avec tous les autres. Cela se conçoit facilement.

Défaut. — Quels résultats entraîne le défaut de cet organe? on dit, la faiblesse de caractère, l'indécision; mais c'est surtout lorsque la circonspection prédomine en même temps, que les sujets dénués de caractère sont malheureux. Ils réfléchissent beaucoup sur les objets qui ont fait appel à leurs facultés, et ne peuvent prendre aucun parti; alors ils sont dans une position vraiment difficile. Je connais de ces caractères-là. Ou bien, lorsque l'organe manque avec la circonspection, ils cèdent à l'impulsion du moment, et comme chaque penchant exerce successivement son action sur nous, il en résulte que lorsqu'on n'a pas de persévérance, la conduite est extrêmement vacillante; ainsi: 1° indécision par défaut de persévérance, surtout lorsqu'on a beaucoup de circonspection; et 2° légèreté, facilité à céder à tous les penchans actuellement prédominans, lorsqu'on manque de cette dernière faculté.

Exemples. — Les exemples positifs se trouvent chez les hommes qui ont fait de grands projets et qui les ont soutenus. On cite Napoléon, dont nous n'avons pas le moule complet, mais dont nous possédons des statues et des portraits qui le représentent assez bien. Nous y trouvons toujours cette partie de la tête très-considérable.

Quoique cet homme (Casimir Périer) ait été l'objet de beaucoup de satires et de sarcasmes, sa tête est vraiment, ainsi que je vous l'ai dit plusieurs fois, une des plus belles que nous ayons. Vous y voyez d'abord l'intelligence qui est forte; mais la bonté, la circonspection, la vénération, la constance et la fermeté s'y trou-

TRAITEMENT

DES

FRACTURES DES MEMBRES

PAR L'APPAREIL INAMOVIBLE;

PAR FÉLIX-HIPPOLYTE **LARREY**,

CHIRURGIEN SOUS-AIDE-MAJOR, AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS; MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ
ANATOMIQUE ET DE PLUSIEURS SOCIÉTÉS MÉDICALES.

Ex pluribus modis ille eligendus est qui omnium minimo negotio com

HIPPOCRATE.

BRUXELLES,
ÉTABLISSEMENT ENCYCLOGRAPHIQUE, FAUBOURG DE FLANDRE, N° 14.

1836.

TRAITEMENT

DES

FRACTURES DES MEMBRES

PAR L'APPAREIL INAMOVIBLE;

PAR FÉLIX-HIPPOLYTE LARREY,

CHIRURGIEN SOUS-AIDE-MAJOR, AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS; MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE ET DE PLUSIEURS SOCIÉTÉS MÉDICALES.

Ex pluribus modis ille eligendus est qui omnium minimo negotio comparatur.
HIPPOCRATE.

CONSIDÉRATIONS PRÉLIMINAIRES.

Fréquence et rareté des pansemens. En chirurgie, deux grandes méthodes thérapeutiques, abstraction faite des procédés opératoires et des indications spéciales, nous paraissent admissibles de nécessité, savoir : *la fréquence* ou *la rareté* des pansemens dans la plupart des lésions extérieures ou des opérations chirurgicales. La diversité des opinions à ce sujet prouve assez son importance; il exige un examen trop approfondi pour être resserré dans le cadre étroit d'une thèse: il exige surtout une portée de jugement trop étendue pour que j'ose en confier le soin à ma novice expérience (1). Je me bornerai à discuter un seul point de cette question, le plus controversé peut-être, mais non pas le plus étudié. Le traitement des fractures par un appareil permanent est, en effet, une méthode que l'on ne connaît pas assez ou que l'on n'a pas assez essayée, et que l'on critique beaucoup néanmoins. Ma tâche sera difficile, puisque je trouverai sans doute de l'opposition dans quelques-uns de mes juges; mais je trouverai aussi chez tous, je l'espère, de l'indulgence et de l'impartialité.

Les inconvéniens de panser fréquemment les plaies, en général, et dans certaines circonstances la difficulté de le faire, telle que la pénurie du linge, des appareils des instrumens et même des aides; la multitude ou l'encombrement des blessés, les marches forcées, la poursuite de l'ennemi, etc., en un mot, la longue expérience des champs de bataille, tels sont les principaux motifs qui depuis longtemps ont convaincu M. *Larrey* de l'avantage des pansemens rares. Il en a fait l'application à toutes les lésions chirurgicales, notamment aux fractures; et ce n'est pas seulement à l'armée qu'il a constaté les succès de cette méthode, c'est tout aussi bien pendant les longs intervalles de la guerre qu'au milieu de la vie active des camps, dans sa pratique civile comme dans sa pratique militaire.

Pour nous entendre, avant tout, sur *la fréquence* ou *la rareté* des pansemens dans les fractures, nous dirons avec *Lecat* : « Le pansement d'une fracture, prolongé jusqu'à la parfaite soudure de l'os ou renouvelé seulement une fois dans cette cure, s'appellerait *un pansement rare*. Renouvelé tous les six ou quatre jours, il s'appellerait un *pansement fréquent.* »

J'expliquerai maintenant le motif qui m'a fait adopter ce sujet de thèse de préférence à tout autre.

La Gazette Médicale a engagé, au commencement de cette année, une discussion à l'effet de savoir quel mode de traitement convenait le mieux aux fractures des membres en général. MM. *Caron-Duvillars* (1) et *Boyer* (2) ont mis en avant et soutenu les avantages de la méthode ordinaire, qui consiste essentiellement dans les pansemens fréquens de la fracture. M. *Meynier* (3), d'autre part, a réveillé l'attention du public médical sur la méthode de son ancien maître, M. *Larrey*, qui emploie un appareil appelé *permanent* ou *inamovible* (peu importe la dénomination). Chacun a dû faire valoir ses raisons en faveur de ses préférences, et M. *Meynier*, après avoir répliqué en dernier lieu, semblait terminer le procès, lorsqu'il fut invité par M. le rédacteur de la Gazette Médicale à lui adresser un exposé complet de l'appareil inamovible.

M. *Meynier*, qui a été comme moi élève à l'hôpital du Gros-Caillou, pouvait répondre à cette demande avec plus d'habileté et d'expérience, puisqu'il est mon aîné en âge et en instruction; il a compris que je serais bien

(1) Cette haute question, proposée par l'ancienne Académie de chirurgie, a été longuement traitée par *Lecat*, qui avait pris pour devise; *Festina lenté*. (Prix de l'Académie de chirurgie.)

(1) M. *Caron Duvillars* a étudié en Italie, et est déjà connu en France par plusieurs travaux intéressans.

(2) M. *Boyer*, ancien interne des hôpitaux civils, n'est pas le fils du célèbre professeur.

(3) M. *Meynier*, ex-chirurgien militaire, exerce aujourd'hui avec distinction la médecine civile dans le département du Doubs.

aise de lui servir de second, et il m'a proposé de prendre part à la polémique. Mais au lieu de faire un article de journal, j'ai pensé qu'il serait aussi à propos de présenter ce sujet pour thèse. Je m'engage à le soutenir avec d'autant plus de franchise et de conviction, que de toutes les méthodes chirurgicales auxquelles mon père a pu apporter quelques modifications, il n'en est pas une dont les avantages soient mieux démontrés pour moi que ceux de l'appareil inamovible dans le traitement des fractures.

Je n'invoquerai pas à l'appui les résultats de mon expérience personnelle, elle est encore trop jeune; j'ai droit seulement de me fonder sur celle qui m'est transmise de longue date : d'ailleurs, j'ai été témoin pendant trois années, à l'hôpital du Gros-Caillou, des succès nombreux et constans de cette pratique. La plupart des chirurgiens militaires, quelques chirurgiens civils qui ont vu et fait de même, le grand nombre de praticiens étrangers qui emploient des procédés analogues, ceux qui ont assisté autrefois à la clinique de l'hôpital de l'ex-garde, ou qui suivent aujourd'hui celle des Invalides, enfin les faits multipliés à l'infini, mais qui se trouvent épars, voilà les témoignages que j'invoque en faveur de la méthode inamovible. Sûr d'aussi bonnes garanties, j'aborde mon sujet.

Description des pièces de l'appareil inamovible.

Les fractures de la jambe étant ordinairement les plus fréquentes et les plus compliquées, surtout chez les militaires, prenons pour type l'appareil qui leur est applicable (1), sauf à indiquer plus tard les modifications nécessaires aux autres membres fracturés.

Le drap-fanon. Drap ordinaire plié en plusieurs doubles. — Les *fanons*. Deux cylindres de paille serrés fortement avec des ficelles ; le diamètre de chacun d'eux est d'un pouce et demi environ : ils doivent être un peu moins longs que le *drap-fanon*. — Les *remplissages*. Deux coussins de balle d'avoine, assez épais, et de la longueur des fanons. — La *talonnière*. Coussin conique en étoupe, de six pouces de long sur trois de large, et de deux d'épaisseur à sa base. — Le *bandage*. Trois compresses à six chefs séparés les uns des autres. — L'*étrier*. Compresse longuette. — La *tibiale*. Grande pièce de toile découpée sur la forme de l'appareil. — Les *liens*. Cinq ou six rubans de fil. — Le *liquide résolutif*. Mixtion d'alcool camphré, d'extrait de saturne et de blancs d'œufs battus dans l'eau.

Application de l'appareil. Disposons ces différentes pièces d'appareil pour une fracture simple de la jambe.

Le lit étant fait de manière à présenter à son extrémité un plan assez ferme et uniforme, on y place le blessé. Les deux aides chargés de l'extension et de la contre-extension soulèvent le membre avec précaution, pendant que deux autres disposent successivement, 1° les liens, 2° le drap-fanon, 3° le bandage; puis on applique une petite bande au pied pour le maintenir. Ici le moment d'opérer la réduction d'après les préceptes établis par tous les praticiens ; et comme c'est là le point essentiel, il importe que l'aide auquel a été confiée l'extension la maintienne attentivement jusqu'à la fin. Voilà donc le membre posé sur le bandage, qui est étendu lui-même sur le drap-fanon. Ce drap-fanon excède la largeur du lit; son repli correspond au jarret, qu'il dépasse également comme il dépasse en bas le talon. On applique immédiatement sur le point de la fracture quelques compresses étroites trempées dans le liquide résolutif; puis le bandage imbibé lui-même et disposé comme il suit : un aide se met vis-à-vis du chirurgien, et tous deux alternativement prennent de leur côté les chefs, en commençant par les inférieurs, recouvrent exactement la jambe, de telle sorte que les chefs situés au-dessus passent obliquement, à distance égale et sans le moindre pli, sur les chefs de dessous On soulève très-légèrement le membre; on pose la talonnière entre lui et le drap-fanon, sous le *tendon d'Achille ;* sa base correspond au talon, qui porte à peine. On profite du moment où la jambe repose ainsi sur la talonnière pour arroser en plein le bandage. — Les deux remplissages sont apposés latéralement (le plus long à la partie externe) : ils doivent dépasser un peu la plante du pied. Un aide arrange la tibiale, dont les côtés sont accolés aux remplissages. Pour les maintenir en place, il faut les fanons : l'opérateur se charge de l'externe ou le plus long, et l'aide prend l'interne. Chacun de leur côté, ils relèvent vers eux les bords du drap-fanon, qui se trouve ainsi tendu fortement; et après voir bien mesuré les rapports du fanon au membre, aux remplissages et au drap-fanon lui-même, ils posent les fanons sur les bords libres de leur drap d'enveloppe et les enroulent peu à peu, avec soin jusqu'au près du bord supérieur des remplissages. Il importe que les deux fanons soient parfaitement de niveau, compriment le membre avec une force modérée et d'une manière uniforme. Un aide les soutient dans cet état, pendant qu'un autre efface les plis de la tibiale et présente les liens. La constriction se fait graduellement, du haut en bas de la jambe, et de dedans en dehors, en évitant de fixer l'un des liens au niveau même de la fracture. C'est seulement alors que l'aide chargé de l'extension doit cesser de l'exercer. — Restent quelques parties accessoires à l'appareil : d'abord on rapproche sous le pied les bords excédans du drap-fanon, et on les coud solidement; puis on pose une petite pelote d'étoupe à la plante, et on la fixe à demeure au moyen de l'étrier, qui se croise sur le coude-pied, et s'attache enfin sur les côtés du drap-fanon.

L'appareil inamovible, malgré la description détaillée que nous venons d'en donner, n'est pas beaucoup plus long à appliquer que l'appareil ordinaire (1). Il exige plus de soin, puisqu'il est destiné à rester toujours

(1) Nous l'avons décrit déjà dans la clinique du 10 mars 1830.

(1) Nous appellerons celui-ci *appareil renouvelé* : le voulez-vous?



en place ; mais il suffit d'un peu d'habitude ou seulement de l'avoir bien vu employer pour faire de même. On pourrait d'ailleurs s'exercer deux ou trois fois sur le cadavre. — Les pièces qui composent l'appareil inamovible peuvent être trouvées partout très-facilement ; et il est bon de se précautionner toujours d'avance, en campagne principalement (1).

Traitement général des complications.

Sans sortir des généralités de l'appareil inamovible, et prenant toujours les fractures de la jambe pour exemple d'application, examinons successivement les cas compliqués, et le traitement de chaque complication ; car l'unique but de M. Larrey est de simplifier, autant que possible, les diverses lésions, pour agir ensuite comme s'il n'avait affaire qu'à la fracture seule.

Et d'abord, au lieu d'être transversale (2), la fracture peut être oblique, et entraîner des difficultés de réduction, surtout s'il y a chevauchement. Il n'est pas même nécessaire d'admettre une plaie ou toute autre complication. Il suffit d'apporter encore plus de soin dans la réduction, de superposer au niveau de la fracture quelques compresses immédiates, et surtout de maintenir l'extension avec la plus parfaite rectitude.

Si la fracture est accompagnée d'une plaie même assez étendue, pourvu qu'elle soit superficielle, on se contente de la panser simplement ; si cette plaie est inégale, déchirée, contuse, étroite et profonde, le débridement doit être pratiqué proportionnellement ; il est indispensable, si la lésion a été produite par un coup de feu, ou compliquée d'étranglement des tissus, d'ecchymose, d'infiltration, d'esquilles ou autres corps étrangers, etc.

Lorsque la contusion a été portée au point de déterminer de la tuméfaction avec douleur vive, et de de jeter du doute sur le diagnostic de la fracture, il faut opérer le dégorgement de cette partie à l'aide d'une saignée locale, non pas par les sangsues, mais par des ventouses mouchetées ou des scarifications légères (3).

La fracture est-elle comminutive, on enlève avec soin toutes les esquilles libres et mobiles, sans s'inquiéter de celles qui pourront se détacher plus tard avec la suppuration.

Dans le cas d'hémorrhagie par une artère un peu forte, on remonte au tronc, pour en faire la ligature. La compression est suffisante ordinairement pour arrêter le sang d'un petit vaisseau.

Supposons qu'un nerf, par le fait d'une contusion ou d'une déchirure, donne lieu à quelques accidens caractéristiques de cette lésion, on fait la section nette de ce nerf.

En un mot, il faut remédier aux accidens d'après leurs indications spéciales, admises du reste par le plus grand nombre des praticiens ; et puis on applique l'appareil inamovible, comme si la fracture était simple. La complication de plaie nécessite néanmoins un pansement. La réunion des lèvres étant faite, on pose immédiatement du linge fenêtré enduit de cérat ou d'onguent styrax, un ou deux plumasseaux de charpie mollette, des compresses à quatre chefs imbibées du liquide résolutif ; le reste, ainsi qu'il a été dit.

Nous indiquerons plus tard le très-petit nombre de cas auxquels l'appareil inamovible n'est point applicable, dans l'acception la plus rigoureuse du terme ; car ces cas ne sont autres, du reste, que ceux qui ne seraient pas favorables à l'appareil renouvelé (soit dit par anticipation).

Analyse du traitement simple par l'appareil inamovible.

Il ne suffit pas de dire, ni même d'affirmer, il faut encore chercher à convaincre ; et, dans ce but, je vais reproduire d'abord chacune des pièces de l'appareil inamovible pour analyser leur mode d'agir ; ensuite je serai obligé de revenir également sur les complications des fractures, afin de démontrer qu'elles ne sont en aucune manière contradictoires à cette méthode.

Il importe, avant tout, que le lit ou le plan sur lequel repose le membre offre partout une surface égale et ferme.

La première pièce d'appareil ou le drap-fanon est destiné à protéger le membre en dessous, ainsi qu'à former un plan uniforme et bien tendu. Il acquiert ensuite une solidité très-grande par la dessiccation du liquide résolutif qui a pénétré son épaisseur, et constitue une véritable attelle postérieure.

Les fanons qui figurent les attelles en bois ont des avantages marqués, selon nous. Leur flexibilité se prête à la conformation du membre, et favorise singulièrement sa compression uniforme ; on peut s'en assurer, surtout après la disparition du gonflement. Ces fanons, par leur élasticité multiple, ont une tendance à reprendre la ligne droite, et rapprochent ainsi d'une manière graduée les fragmens osseux, disposés, sans cela, à s'écarter les uns des autres. Jamais les fanons ne déterminent d'excoriations ou d'escarres à la peau, comme on l'observe quelquefois par l'effet des attelles, qui compriment beaucoup plus le siége de la fracture. *S. Cooper* a signalé cet inconvénient (1) ; donc la compression exercée par les fanons n'est pas aussi douloureuse, quoiqu'elle soit continue, que l'inflexibilité tyrannique des attelles.

(1) Au Gros-Caillou, le sieur Ollivier est chargé depuis une trentaine d'années du soin des bandages : ce fidèle serviteur, vieilli dans le métier, saurait, au besoin, appliquer en maître l'appareil à fractures. Un homme comme celui-là est une bonne fortune pour un grand hôpital.

(2) Il ne serait pas à propos de discuter la réalité des fractures longitudinales.

(3) Nous chercherons tout à l'heure à motiver cette préférence des ventouses aux sangsues.

(1) Dictionnaire de Chirurgie.

Les fanons, bien connus des anciens, ont cependant été remplacés par les attelles, parce qu'on accorde à celles-ci de toucher les membres par une plus grande surface. Cette assertion est-elle toujours vraie? Et puis, ne vaut-il pas mieux que la compression soit uniforme, et non pas plus étendue dans certains points que dans d'autres? Enfin les attelles peuvent se briser, mais jamais les fanons, qui ont cependant autant de solidité, et que l'on peut fabriquer partout plus aisément.

Les compresses immédiates de l'appareil inamovible suppléent avantageusement aux faux fanons d'autrefois et aux petites attelles d'aujourd'hui. Semblables aux coussins latéraux de l'appareil renouvelé, les remplissages sont destinés à occuper les vides formés par les dépressions naturelles du membre, à le protéger contre les secousses extérieures, à empêcher la compression immédiate des fanons, et à prêter à celle-ci encore plus d'étendue et d'uniformité.

La talonnière, reposant l'extrémité inférieure de la jambe sur un plan égal, préserve en même temps le talon de la fatigue, de la douleur et de l'excoriation.

Le bandage à dix-huit chefs séparés est commode, parce qu'on peut rappocher ceux-ci ou les écarter à volonté. Appliqués avec soin, ils ne causent aucune gêne, et contribuent à la régularité de l'appareil.

La bande du pied est utile pour le comprimer de manière à en prévenir le gonflement.

L'étrier, en relevant assez fortement le pied pour le maintenir fléchi sur la jambe, tend à rapprocher le fragment inférieur de l'autre, et à imprimer à la partie postérieure du membre un tel degré d'extension, que le tendon d'Achille et les muscles dont il dépend forment une véritable attelle immédiate, et continuent l'extension du membre.

La tibiale n'a d'autre usage que de prêter à l'ensemble de l'appareil un aspect plus régulier; c'est presque une pièce de coquetterie.

Le liquide albumineux camphré a une action topique bien marquée : il imprègne parfaitement le linge, et par la dessiccation il accole toutes les pièces du bandage les unes aux autres, et donne à l'appareil la solidité du carton. De cette dessiccation résulte une espèce d'étui, ou plutôt de botte, parfaitement moulée sur le membre et qui le soutient, le protége sur toutes ses faces. Un autre avantage notable de l'étoupade dans les fractures compliquées, c'est de fluidifier une partie du pus, d'en opérer la résolution, en se mêlant à la partie la plus épaisse, de former une mixtion plus capable encore de solidifier le bandage.

Analyse du traitement des complications.

Pansement différé. Si la contraction spasmodique est trop forte, et augmente même par les efforts de réduction, au lieu de leur céder; si la tuméfaction est considérable; si enfin quelque difficulté imprévue se présente, telle que l'absence des aides nécessaires, le manque d'appareil, etc., etc., dans ces occasions, il convient d'attendre plus ou moins de temps, et de reposer le membre dans la demi-flexion. On a recours aux topiques émolliens, aux antiphlogistiques et aux sédatifs à l'intérieur. Cette pratique doit être tout à fait exceptionnelle et non à peu près générale. Nous aurons occasion de revenir à ce sujet.

Débridement. Lorsque la fracture est compliquée de plaie profonde avec ou sans issue de fragment, avec désorganisation grave, telle qu'infiltration sanguine, déchirure des parties molles, enclavement d'esquilles ou autres corps étrangers, etc., le débridement immédiat, avons-nous dit, doit être fait : car, à défaut de cette précaution, on serait exposé à voir survenir quelques accidens, et obligé peut-être de lever l'appareil pour agir souvent trop tard, comme on l'observe par la méthode ordinaire. D'ailleurs, dans certains cas, ces débridemens favorisent beaucoup le diagnostic nécessaire au traitement de la fracture; ils font apprécier le rapport des fragmens, la nature des complications, autant de circonstances essentielles à connaître, et qui restent souvent latentes par les autres émissions sanguines. C'est ainsi que, dans les fractures comminutives avec étranglement inflammatoire, M. *Lisfranc* emploie presque exclusivement les saignées copieuses, au lieu des débridemens et des incisions, dans le but d'obtenir la résorption des épanchemens; et il se fonde sur les conséquences fâcheuses qui résultent de la dénudation des os et de leur exfoliation, des douleurs causées pendant chaque pansement, de l'influence de l'air sur la plaie, de l'abondante suppuration, enfin des difficultés et des lenteurs de la cicatrisation, et par conséquent des difficultés dans le maintien et la consolidation des fragmens. En effet, on conçoit très-bien que ces accidens soient à redouter dans les fractures graves traitées par l'appareil renouvelé; j'en ai même été souvent témoin; mais au moyen de l'appareil inamovible, tous ces dangers restent illusoires, ou au moins fort exagérés, car alors il n'y a pas de cause qui les mette en jeu. La contention du membre agit en même temps sur les plaies débridées, en comprime les bords, les rapproche et en favorise la cicatrisation, qui est presque toujours terminée à la levée de l'appareil. *John Bell* recommande aussi d'être fort réservé sur l'emploi de la saignée, qui peut épuiser les sujets les plus robustes condamnés à un repos prolongé pour la consolidation de la fracture, exposés enfin aux conséquences fâcheuses de ses complications.

Saignées locales. Si la tuméfaction existe au niveau de la fracture et réclame une saignée locale, M. *Larrey* préfère aux sangsues les simples scarifications ou les ventouses mouchetées. Voici les principaux motifs sur lesquels il appuie cette préférence, applicable du reste à sa pratique générale (1) : les sangsues augmentent souvent la congestion, loin de la diminuer; elles n'opèrent un dégorgement suffisant que lorsqu'elles sont multi-

(1) Tous les praticiens ont signalé des accidens causés par les piqûres de sang-sues. C'est une observation journalière dans les hôpitaux.



pliées en grand nombre, et encore n'y parviennent-elles que lentement. Les piqûres sont quelquefois si profondes, qu'elles causent des hémorrhagies ou des accidens nerveux ; de là, des points d'ulcérations et de petits foyers purulens, qui, plus tard, peuvent même donner lieu à des escarres gangréneuses, par la pression des attelles : enfin, sans parler du dégoût et de la malpropreté, il est souvent difficile et coûteux de se procurer des sangsues, et surtout de se les procurer bonnes, à l'armée, par exemple, au milieu des campagnes ; et, en admettant même cette facilité, ne faudrait-il pas attendre la chute des sangsues pour appliquer l'appareil? les blessés et les chirurgiens ont-ils toujours le temps d'attendre? Les ventouses mouchetées, selon la méthode si simple de M. *Larrey* (1), possèdent, au contraire, les avantages attribués aux sangsues, sans en avoir les inconvéniens : elles opèrent en peu d'instans le dégorgement nécessaire, et ne divisent que les vaisseaux capillaires, qui sont en effet le siége de la tuméfaction.

(Lorsque celle-ci est produite par le déplacement des fragmens, il importe d'opérer de suite la réduction, au lieu de passer le temps à recouvrir le membre de topiques émolliens.)

Resserrement des liens. Que se passe-t-il lorsque, l'appareil étant appliqué, le gonflement inflammatoire se dissipe plus tard? Oui, il est bien vrai qu'alors il n'en résulte jamais un tel vide, que les fragmens puissent se déplacer, parce que l'appareil, et surtout les fanons, eu égard à leur élasticité, compriment le membre uniformément dans tous ses points : un faible relâchement des liens avertit aussitôt, et rien de plus simple que de les resserrer en proportion. La question de la suppuration va nous ramener d'ailleurs à ce sujet.

Incisions. Dans les cas où une collection sanguine complique la fracture, même sans solution de continuité aux tégumens, il faut l'ouvrir largement, pour obtenir un dégorgement salutaire, et mettre plus en évidence l'état de la fracture.

Moyens hémostatiques. Les indications générales pour les hémorrhagies sont tout à fait applicables aux fractures compliquées de cet accident. Comprimer, cautériser, ou tordre les petits vaisseaux, lier les plus gros, en laissant dehors les fils de la ligature, qui tombe plus tard et se retrouve dans les pièces de l'appareil ; tels sont les moyens que la compression du bandage seconde efficacement. Bien entendu qu'il ne s'agit pas des artères, difficiles à saisir et en même temps d'un calibre trop fort : dans ce cas, j'imiterais la pratique de M. le professeur *Dupuytren*, qui remonte au tronc artériel pour en faire la ligature ; à l'artère fémorale, par exemple, pour la lésion de l'une des tibiales (2). Si une grosse veine a été ouverte, M. *Larrey* conseille de la lier, ainsi qu'il le fait après les amputations.

Extraction des esquilles et des corps étrangers. La fracture est-elle comminutive, produite, par exemple, par un coup de feu, il faut donc, après le débridement, enlever toutes les esquilles mobiles. Mais celles qui sont encore adhérentes (1), que doivent-elles devenir, dira-t-on peut-être, sous l'appareil inamovible? L'observation d'une masse de faits d'anatomie pathologi que prouve que ces esquilles sont susceptibles d'éprouver les modifications suivantes : ressortir de la plaie, rester à sa surface, sur ses bords, ou s'implanter dans les pièces d'appareil ; se perdre dans l'épaisseur des parties molles, s'y enkyster et y séjourner fort longtemps ; cheminer très-loin dans les tissus et y adhérer, sans entraver la cicatrice et sans causer d'accidens (2) ; s'identifier même avec le cal, enfin subir dans le foyer de la fracture une véritable macération ou être résorbées ; telles sont ces principales modifications.

Les autres corps étrangers diffèrent peu, sous ce rapport, des esquilles.

Si la fracture a été produite par une plaie d'arme à feu, les escarres se ramollissent de plus en plus, jusqu'à ce qu'elles aient acquis le degré de solubilité convenable, pour se mêler aux fluides et être résorbées en partie.

C'est dans les fractures par armes à feu, plus que par toute autre cause, qu'il se développe quelquefois un séquestre qu'aucun signe ne révèle à l'avance, et qui ne tend à se séparer de l'os que bien longtemps, en général après la consolidation. Par conséquent, l'appareil permanent n'apporte aucune modification à l'extraction du séquestre.

Résection. Si l'un des fragmens est très-aigu et ressort de la plaie, au point de mettre obstacle à la réduction malgré le débridement préalable, on fait la résection de l'extrémité osseuse. Ce conseil a été donné par les plus anciens praticiens, on l'attribue même à *Hippocrate*. La scie articulée me semblerait fort commode pour cette petite opération.

Complications incurables. Certaines chutes d'un lieu élevé peuvent occasionner deux ou plusieurs fractures, avec des complications tellement graves, qu'elles empêchent même de tenter l'amputation du membre le plus dangereusement lésé, parce que la vie du blessé serait sûrement compromise. Dans ces cas extrêmes, qui ne sont pas rares à l'Hôtel-Dieu, ne pourrait-on se contenter d'appliquer à chaque membre un appareil une fois pour toutes? tandis qu'en renouvelant les pansemens chaque jour on cause au malheureux estropié de nouvelles souffrances. Et pourquoi faire? la mort n'est-elle pas le pronostic certain de ces fractures multiples et si compliquées? Deux exemples de ce genre ont été sous

(1) La méthode de l'application des ventouses se trouve exposée dans la Clinique chirurgicale de M. *Larrey*, et détaillée de nouveau dans notre Relation des blessures de juillet.

(2) Dernièrement encore cette opération a été faite à l'Hôtel-Dieu.

(1) Esquilles primitives, secondaires et tertiaires, d'après M. le professeur *Dupuytren*.

(2) *Amb. Paré* cite des exemples de ce genre ; M. *Lisfranc* en a présenté un remarquable à l'Académie de médecine.



mes yeux, au mois de juin dernier, dans la salle Sainte-Marthe du grand hôpital civil.

Amputation. Ici se présente naturellement la question de l'amputation, question si longtemps débattue et cependant si incertaine encore malgré la décision de l'ancienne académie de chirurgie; car d'après la remarque de *John Bell* (1) ce sujet est un des plus difficiles à traiter. Il est de fait cependant que les opinions sont aujourd'hui beaucoup moins partagées qu'elles ne l'étaient autrefois. En effet, la grande expérience des champs de bataille et des révolutions a bien démontré aux plus célèbres praticiens que les chances de succès sont infiniment rares, lorsque l'amputation n'est pas pratiquée immédiatement pour les fractures compliquées des lésions suivantes : 1° écrasement ou broiement des os; 2° saillie forte et irréductible des fragmens à travers la plaie; 3° enclavement forcé d'un corps étranger volumineux; 4° hémorrhagie abondante fournie par l'artère principale du membre; 5° dilacération profonde ou étendue des parties molles; 6° fracture comminutive très-près d'une articulation; 7° plaie de cette même articulation; enfin certains cas inappréciables en théorie. Toutefois, l'amputation paraissant bien nécessaire, nous ne prétendons pas qu'il faille toujours en venir à cette extrémité aussi spontanément que s'il s'agissait de lier un vaisseau pour une hémorrhagie; on pourrait se reprocher cette précipitation; mais, toutes chances bien calculées, il faut différer le moins possible et ne pas compter sur un appareil quelconque, dont le moindre inconvénient serait de ne rien maintenir. C'est le conseil donné aujourd'hui par la plupart des chirurgiens, il remonte à de grandes autorités chirurgicales (2). Je voudrais me rapprocher des limites entre les fractures qui peuvent exiger l'amputation et celles qui sont susceptibles de guérison; l'étendue et la spécialité de mon sujet mettent obstacle à cet essai.

Qu'il me suffise de rappeler que toute espèce de fracture grave, traitée par l'appareil renouvelé, peut l'être tout aussi bien par l'appareil inamovible.

Effets de l'appareil inamovible.

Supposons donc, après notre digression nécessaire, qu'une fracture compliquée de plaie profonde se présente et soit traitée par l'inamovibilité de l'appareil; on va nous demander bien vite ce que deviendra la suppuration, car c'est là, pour ainsi dire, le pivot autour duquel tournent presque toutes les objections dirigées contre cette méthode. Nous allons essayer de répondre en détail, et aussi complétement que l'exige l'importance de cette question.

Suppuration. Après la disparition du gonflement inflammatoire dont les saignées locales et la compression méthodique ont dissipé la plus grande partie, après le dégorgement primitif de la plaie, survient la période de suppuration (on sait combien elle est variable). Le pus se forme dans le foyer de la fracture; il suinte et s'écoule entre les lèvres assez rapprochées de la plaie, pénètre les compresses immédiates, et peu à peu parvient à s'épancher en nappes dans les différentes pièces d'appareil. Jusque-là il faut ordinairement un temps assez long; et alors, comme le démontre l'observation des faits multipliés à l'infini, le travail de suppuration s'arrête définitivement; il ne doit plus continuer. D'abord la matière purulente occupe à peu près l'espace rempli auparavant par les parties tuméfiées; mais sa force d'expansion ne va pas plus loin à cause de la plus grande force compressive de l'appareil, surtout si on a resserré les liens. Le pus ne peut non plus refluer ni s'infiltrer sous les tégumens, à cause de la même force qui comprime le membre dans tous les points. C'est donc un nouvel obstacle à l'abondance de la matière purulente; elle éprouve alors divers changemens à la fois et se partage, pour ainsi dire, en plusieurs parties: l'une est absorbée, l'autre s'épanche définitivement entre les tégumens et les pièces d'appareil, ou dans celles-ci en même temps; une troisième portion s'évapore après transsudation, et la dernière, composée des molécules les plus épaisses, se concrète, forme une espèce de couche autour du membre et dans l'appareil, laquelle, en se combinant au liquide résolutif, se dessèche de plus en plus avec lui, et ajoute singulièrement à la solidité du bandage.

La partie du pus résorbée ne peut entraîner les accidens attribués ordinairement à cette influence, parce que, d'une part, il se trouve fluidifié par l'action tonique et répercussive de la liqueur; et que, d'autre part, étant à l'abri du contact de l'air, il ne contracte aucune des propriétés malfaisantes que cet agent lui communique.

Tout en acceptant la nécessité d'une contention bien établie pour le succès du pansement par l'appareil inamovible, on a prétendu qu'il était fort difficile d'admettre que les liquides puissent s'épancher entre les tégumens et les pièces d'appareil; la chose, au contraire, nous semble admissible pour trois raisons : la première, le relâchement insensible de ces pièces d'appareil, surtout lorsqu'il y a un gonflement primitif; la deuxième, la dessiccation après que les linges ont été imbibés de la liqueur; la troisième enfin, toute physique, la transsudation de certains liquides à travers des corps hygrométriques opposant néanmoins à leur passage un obstacle matériel.

Pour prouver combien sont illusoires les dangers attribués au séjour du pus dans l'appareil, il suffirait d'interroger l'observation des faits, qui valent mieux que

(1) Traité des plaies.

(2) *Duchesne,* Traité de la cure des arquebusades, en 1626. — *Wiseman,* Chirurgical Treatise.— *Ledran,* Petit Manuel de chirurgie militaire. — *Ranby,* the Méthod of treating. gun-shot-wounds.—*John Bel,* Discourses of. the nature, etc., of wounds. — *Guthrie,* On gun-shot-wounds.—*Hutchinson,* Observations in surgery.— *Hennen,* On military surgery. *Schinucker* enfin, qui avait cependant succédé à *Bilguer* dans le service de santé en chef des armées prussiennes : Vermischte chirurgische schriften, etc.

les théories ; car il est absolument hors de doute pour nous que la suppuration devient presque nulle, parce que l'inflammation des parties lésées et en quelque sorte avortée (1). Et bien plus, c'est que cette matière purulente, dans son état de pureté et en si faible proportion, contribue probablement à l'agglutination des sucs qui doivent former le cal. *Dufouart* (2), d'après *Quesnay*, *Fabre* et d'autres, avait admis dans le pus un gluten qui, en s'insinuant dans l'interstice des fibres charnues et des lames du tissu cellulaire, les colle et les réunit ; cette propriété ne pourrait-elle pas contribuer aussi à l'agglutination des fragmens à l'abri des influences extérieures? Mais que cette question incidente ne m'entraîne pas plus loin ; je sortirais de mon sujet, en parlant de la formation du cal et des diverses hypothèses émises successivement par *A. Paré* et les anciens chirurgiens physiologistes, par *Duhamel* et ses partisans, par *Bordenave* et les observateurs modernes (1). Je continue l'analyse des objections adressées à l'appareil inamovible.

Compression. La compression est évidemment l'effet le plus direct, le plus immédiat de cette méthode; aussi lui a-t-on prêté autant d'accidens à peu près qu'au séjour du pus dans l'appareil. Mais nous les croyons tout aussi exagérés; l'observation des faits est toujours prête d'ailleurs à répondre pour nous. On dit, par exemple, que si l'inflammation existe déjà au moment de l'application de l'appareil, la compression qu'il exerce doit augmenter cette inflammation ; mais sans rappeler le traitement préliminaire que réclame cette complication, et supposant même qu'il n'ait pas suffisamment réussi, nous affirmons que les effets secondaires sont avortés par la compression même et par le topique réfrigérant dont nous avons parlé.

Les reproches adressés à cette compression des membres sont d'autant moins fondés que celle-ci est méthodique, uniforme et susceptible de diminuer insensiblement par la confection elle-même de l'appareil ; car il importe bien moins de comprimer fort que de comprimer juste, d'après le conseil d'*Ambroise Paré*. Qui ne sait, en effet, qu'une compression mal faite a, dans toute autre méthode aussi bien que dans celle-ci, plus d'inconvéniens que d'avantages? « C'est » surtout à l'usage bien combiné de ces deux moyens, » l'extension et la compression des muscles, que *Desault* » a dû ses succès (4).» Nous ne doutons nullement que ce précepte ne soit bien suivi par tous les grands chirurgiens de nos jours ; mais n'est-il pas souvent négligé par d'autres, soit dans l'emploi habituel de l'appareil renouvelé, soit dans l'essai de l'appareil inamovible? C'est surtout pour celui-ci qu'il importe que la compression soit régulière, et précédée du traitement que nous avons longuement détaillé, afin qu'une fois en place il n'y ait plus aucun motif réel de défaire le bandage.

Ainsi, non-seulement la compression permanente n'a pas les inconvéniens qu'on lui a reprochés, mais encore elle offre des avantages incontestables en faisant avorter certains accidens. Par exemple, il est généralement reconnu que le périoste contus, déchiré, ne se phlogose jamais immédiatement ; or, la compression permanente met obstacle à cette irritation, d'autant plus à craindre que l'inflammation suppuratoire du périoste est souvent très-grave. Il en est de même de l'attrition des aponévroses, qui n'a jamais de conséquences immédiates. Les incisions consécutives sont bien loin de prévenir les étranglemens aussi sûrement que la compression primitive et permanente. Ce moyen s'oppose également aux effets de la commotion dans l'articulation voisine, lorsque la fracture a été produite par un coup de feu. Ce n'est pas tout, la compression engourdit l'irritabilité musculaire, et prévient les tressaillemens convulsifs du membre. De plus, elle empêche le cal de devenir difforme, en disposant les muscles à former eux-mêmes autour de l'os fracturé un emboîtement naturel, et, partant, obstacle au déplacement. Cet avantage se remarque surtout dans les fractures obliques, si difficiles à maintenir par l'appareil renouvelé.

Enfin, c'est par cette compression méthodique que s'opère le travail d'exsudation et de résolution ; le membre se dégorge, les vaisseaux rompus des os et des parties molles se rapprochent, s'anastomosent, et préparent à la fois le cal et sa cicatrice.

Soins secondaires.

Nous avons donc vu par tout ce qui précède que le traitement de la fracture, quelles que soient ses complications, est tout entier basé sur l'expectation, jusqu'à la levée définitive de l'appareil. Indiquons maintenant les soins secondaires : ainsi, pendant les premiers jours, M. *Larrey* fait imbiber l'appareil avec des affusions froides soit de l'étoupade elle-même, soit simplement du vinaigre camphré étendu d'eau. Ces affusions préviennent la chaleur du membre, quelques accidens qui pourraient en résulter, et contribuent au maintien et à la solidité du bandage.

Il est quelquefois à propos de resserrer un peu les liens, s'ils se relâchent par l'affaissement des parties.

Si une certaine quantité de suppuration a traversé tout le bandage et s'est fait jour au-dehors, on l'absterge avec soin, et on lui superpose quelques compresses, sans en retirer une seule pièce.

Cependant, malgré les avantages si multipliés et si incontestables pour nous de l'appareil inamovible sur l'appareil renouvelé, il est certains cas exceptionnels aux principes de cette méthode. Par exemple, il peut arriver que des vers se développent en assez grand nombre aux environs, et même dans le foyer de la fracture

(1) Je serais même porté à comparer l'appareil inamovible, dans les fractures compliquées, à la réunion immédiate des plaies par amputation.

(3) Blessures par armes à feu.

(4) *Voy.* le Dictionnaire de *S. Cooper.*

(2) *Bichat*, Œuvres chirurgicales de *Desault*.

compliquée de plaie; leur présence est assez bien diagnostiquée par un sentiment de démangeaison et de fourmillement continuel, sans aucun symptôme inflammatoire ou nerveux. Il faut enlever l'appareil. J'en ai observé un cas remarquable chez un blessé de juillet, au Gros-Caillou (1). Cette circonstance, qui nous semblait fâcheuse, ne devait nullement le devenir, selon M. *Larrey;* dans plusieurs cas analogues observés par lui en Syrie, il s'est constamment assuré que non-seulement la présence des vers n'est pas nuisible aux plaies, mais qu'elle leur est peut-être favorable, en ce que ces larves rongent les escarres dont ils hâtent ainsi la chute, et semblent surtout avides de matières putrescibles, sans entamer les parties pourvues de vitalité. On prévient leur développement nouveau, toujours très-prompt, en apposant sur les plaies qui en sont le siége des compresses trempées dans une dissolution de camphre ou de toute autre liqueur antiseptique, et l'appareil inamovible est réappliqué une seconde fois.

Il faudrait aussi le renouveler, s'il avait été mal appliqué primitivement, ou si l'on avait négligé les précautions indiquées; d'où résulterait le relâchement du bandage, son défaut de solidité, l'issue de la matière purulente, le déplacement des fragmens, une douleur vive, etc., autant d'accidens que l'on évitera toujours en suivant les règles prescrites. Mais de toute manière, une seconde application, une troisième au plus serait toujours suffisante; par conséquent les cas exceptionnels eux-mêmes ne contre-indiqueraient pas la méthode des pansemens rares.

Levée de l'appareil inamovible.

A quelle époque convient-il donc généralement de faire la levée unique et définitive de l'appareil inamovible? Elle varie selon certaines circonstances dépendantes de l'âge, du sexe, de la constitution, du membre fracturé, ainsi que de la fracture elle-même et de ses complications : encore ne pouvons-nous offrir que des données approximatives; car chacune de ces circonstances est elle-même si susceptible de varier, qu'elle exclut réellement toute prévision absolue pour le terme de la guérison.

Tout le monde sait avec quelle promptitude les fractures se consolident chez les enfans, mais aussi combien elles ont de tendance à se consolider vicieusement. Il faut donc apporter les plus grands soins dans la réduction et dans l'application exacte de l'appareil inamovible. La consolidation exige à peu près la moitié moins de temps chez les enfans que chez les adultes; par exemple, 15 : 30 : : 30 :60 jours, etc.

La proportion n'est pas aussi marquée entre les adultes et les vieillards : elle l'est d'autant plus cependant que ceux-ci sont plus avancés en âge; mais c'est surtout chez les vieillards que la consolidation s'opère bien plus promptement par l'appareil inamovible que par l'appareil renouvelé; j'ai acquis la certitude de ce fait.

Chez les femmes, la consolidation est tantôt presque aussi prompte que chez les enfans, tantôt elle est beaucoup plus tardive, si elles sont soumises, par exemple, à cet état grave que l'on n'est pas encore bien convenu d'appeler la *diathèse* ou *cachexie cancéreuse*. Beaucoup de faits modernes prouvent que l'on avait exagéré autrefois la difficulté de la consolidation des fractures pendant la grossesse ou chez les femmes mal réglées. Au reste, l'appareil inamovible me semble devoir favoriser chez toutes la consolidation, d'autant plus qu'étant très-nerveuses, très-impressionnables, elles supportent difficilement les pansemens fréquens et douloureux.

On ne peut accorder de semblables avantages à cet appareil, lorsque l'on a affaire en même temps à une constitution faible ou épuisée par quelque maladie : il accélère la consolidation.

Les fractures des membres supérieurs, comme on le sait, sont plus promptement guéries que celles des membres inférieurs. Par exemple, pour une fracture simple du bras, l'appareil doit rester en place trente-cinq à quarante-cinq jours; quinze ou vingt jours de plus, si la fracture est compliquée.

Les fractures de l'avant-bras ne comportent pas plus de temps, parce que les deux os sont minces et peu susceptibles d'un grand déplacement.

Les fractures simples du corps du fémur exigent à peu près cinquante jours de repos absolu. Les fractures du col, comme les fractures compliquées du corps, sont rarement consolidées avant le soixante-dixième jour.

Quarante et quelques jours suffisent pour les fractures simples et sans déplacement des deux os de la jambe : beaucoup moins évidemment si un seul a été fracturé, le péroné surtout. Il faut cinquante-cinq, soixante, soixante-cinq jours, s'il y a plaie ou chevauchement.

Somme toute, la consolidation des fractures par l'appareil inamovible est aussi prompte que solide et régulière. Lorsqu'il est encore en place dans les derniers temps, les blessés ressentent tellement de vigueur et de vitalité dans leur membre, qu'ils s'impatientent d'attendre, et, s'ils cédaient à leur envie, ils enlèveraient fanons, bandage et tout à la fois. Dans quelques circonstances, il n'y aurait même aucun inconvénient à le faire, mais mieux vaut être toujours sûr de bien finir ce qu'on a bien commencé.

Aussi importe-t-il de maintenir l'appareil en place au-delà du terme supposé de la consolidation, parce que si, à cette époque, on abandonne le membre à lui-même, il peut se faire que le travail du cal, venant à continuer, occasionne des saillies osseuses que l'on serait tenté de prendre pour une consolidation par chevauchement, surtout s'il existe simultanément un raccourcissement du membre. M. *Larrey* n'en a cependant pas observé un nombre d'exemples proportionnel à l'immensité des cas de fractures qu'il a traitées; serait-ce encore par l'efficacité de l'appareil inamovible?

Et d'ailleurs, comme l'a écrit M. le professeur

(1) Relation chirurgicales des événemens de Juillet 1830.

Delpech, la condition la plus importante pour la formation du cal, c'est le repos constant des fragmens (1).

La levée de l'appareil inamovible exige quelques précautions particulières, essentielles à reconnaître. S'il s'agit, par exemple, d'une fracture comminutive compliquée de plaie, toutes les pièces du bandage forment une masse si solide, si dense, et sont tellement inhérentes les unes aux autres par la mixtion des liquides et de la suppuration, qu'il est souvent fort difficile de les détacher une à une. Lors donc qu'on ne peut y parvenir, il faut couper l'appareil, dans toute sa longueur, avec une paire de ciseaux étroits et forts. Il est rare que l'on parvienne à faire cette section en une seule fois; il est d'ailleurs plus sûr de fendre les pièces couche par couche et au même niveau, pour que le membre soit toujours maintenu dans les mêmes points, pour ne pas lui imprimer de secousses, et enfin pour conserver tout entière son espèce de botte. Souvent des chirurgiens étrangers ont prié M. *Larrey* de leur donner ce moule, comme souvenir de sa méthode; c'est effectivement un véritable moule qui s'est façonné à la conformation du membre, aussi exactement que le cartonnage le mieux fait et le plus solide (2).

Je ne comprends pas que quelques personnes aient prétendu que les pièces de l'appareil inamovible pouvaient se ramollir et se déchirer par l'imprégnation des fluides.

Traitement consécutif.

Après la levée de l'appareil, il ne suffit pas que la consolidation soit parfaite et chaque complication guérie ou en voie de guérison, il faut consécutivement un régime spécial; ainsi on commence par savonner le membre dans toute son étendue, et on le frictionne ensuite. *Hippocrate* et ses successeurs ont conseillé les frictions sèches; *Ambroise Paré* (3) ordonne les frictions, non-seulement sur le membre qui a été blessé, mais aussi sur les autres membres engourdis, et sur tout le corps plus ou moins amaigri et faible. M. *Larrey* suit exactement en ce point la pratique du père de la chirurgie française.

La roideur et la faiblesse qui résultent quelquefois de la compression prolongée se dissipent aisément à l'aide de frictions sèches ou humides, avec le liniment volatil camphré, par exemple. Il faut, d'après le conseil de *J.-L. Petit* (4), éviter l'abus des douches, qui, loin d'affermir le cal, le ramollissent souvent. L'exercice gradué des mouvemens du membre et un régime fortifiant suffisent enfin au rétablissement complet, sans qu'il reste d'ankylose; car c'est encore l'une des objections que l'on a le plus exagérées contre la compression permanente.

Il est bon même de ne pas abandonner tout à coup cette compression, et de soutenir encore le membre pendant quelque temps avec un bandage roulé.

Quant au traitement général, il est aussi simple que facile à suivre. M. *Larrey* n'a recours à la saignée générale que lorsqu'il y a indication absolue, telle qu'une constitution très-pléthorique, une congestion cérébrale ou quelques autres accidens inflammatoires. Il emploie, au contraire, bien plus souvent les saignées locales à l'aide des ventouses scarifiées, lorsqu'un point d'irritation se manifeste du côté de la poitrine ou de l'abdomen, à l'épigastre et aux hypochondres, par exemple, lorsqu'il survient un embarras symptomatique des fonctions digestives; et, dans le même cas, il ne répugne point à donner plus tard un léger émétique; il n'a jamais à craindre pour la fracture la réaction des secousses de l'estomac, et cette pratique lui réussit très-bien. Si quelques maladies générales, telles que la syphilis, le scrophule, etc., compliquent la fracture, M. *Larrey* traite ces maladies comme si elles existaient à part, indépendamment de tout accident particulier. L'appareil inamovible nous paraît signaler de nouveau ses avantages, parce qu'il place la fracture beaucoup plus à l'abri de toute influence morbide que si on employait la méthode des pansemens, surtout pour une fracture compliquée. Il faut en dire autant des complications de maladies épidémiques, la pourriture d'hôpital, par exemple; personne, je pense, ne contestera cette assertion: nous avons d'ailleurs des faits à l'appui.

Presque jamais M. *Larrey* ne prescrit la diète absolue ou prolongée; il a reconnu que c'est un obstacle à la consolidation des fractures, surtout chez les militaires habitués à une nourriture forte, d'autant que la fracture devient tout à fait accessoire à la constitution générale.

Avantages de l'appareil inamovible.

Nous avons énuméré longuement les avantages, pour ainsi dire physiologiques, de l'appareil inamovible: disons quelques mots de ses avantages matériels. Économie de linge, d'appareils et d'instrumens; économie de temps et de peines pour les chirurgiens, surtout s'il existe plusieurs blessés atteints de fractures, ou si d'autres réclament des soins d'urgence ou des pansemens fréquens; tels sont ces avantages secondaires. Un autre encore mérite plus qu'une citation, c'est la solidité de l'appareil, qui permet avec la plus grande facilité le transport des blessés. Je ne crois pas du tout que l'appareil renouvelé présente la même facilité; il n'est jamais aussi solide, aussi adhérent au membre que l'appareil inamovible. Celui-ci, comme nous l'avons expliqué, se trouve maintenu dans un état de consistance par l'imprégnation et la dessiccation du liquide, ainsi que par la combinaison plastique du pus (quand il y a plaie.) D'ailleurs, le transport des blessés n'est-il pas d'autant plus facile, par cela même qu'il n'est besoin d'aucun pansement? Grâce à cette méthode, on a fait éva-

(1) Maladies réputées chirurgicales.
(2) Nous en conservons un modèle.
(3) Chapitre des fractures et des luxations.
(4) Traité des maladies chirurgicales et des opérations.

cuer des blessés d'une ville, d'un pays à un autre (1), de Russie en France, par exemple; et aucun accident n'est survenu : on levait l'appareil, et tout était fini. Sur les champs de bataille, au milieu de l'encombrement des morts et des blessés, sous le feu même de l'ennemi, des voitures légères (2) transportent au loin les malheureux dont les jambes fracassées empêchent la fuite ; et quand ils ont reçu les soins nécessaires, quand ils ont été pansés par la méthode inamovible, d'autres voitures les conduisent à la suite de l'armée. Ils pourraient faire ainsi toute la campagne s'ils ne rencontraient pas un asile dans les hôpitaux.

Enfin l'appareil inamovible, étant appliqué avec les soins nécessaires, ne laisse aucune inquiétude au chirurgien, qui n'a plus à faire aux blessés que des visites de médecin. Ses honoraires, il faut en convenir, souffrent quelquefois de la rareté de ses visites ou de sa méthode expectante ; mais devrait-il s'en plaindre?

Modifications de l'appareil inamovible.

Si j'ai consacré la plus grande partie de cette thèse à traiter mon sujet d'une manière générale, je dois cependant passer en revue quelques-unes des modifications de l'appareil inamovible, eu égard aux fractures des divers membres (3).

Fractures du bras. Pour les fractures du bras, il faut : un bandage de corps, un petit drap-fanon, deux remplissages, un coussin triangulaire garni d'étoupe et assez épais, des compresses carrées, un bandage à plusieurs chefs, une gouttière de carton, deux petits fanons, des bandelettes pour les doigts et un bandage roulé pour la main et l'avant-bras.

Le bandage de corps est fixé de manière à comprimer peu la poitrine. On applique les bandelettes à chaque doigt; la compression modérée mais exacte qu'elles exercent prévient le gonflement et l'engourdissement, qui surviennent lorsqu'on néglige cette précaution. Le bandage de la main et celui de l'avant-bras ont le même but. La fracture étant réduite et le pansement fait (s'il y a plaie), on applique immédiatement les compresses carrées, puis le bandage à plusieurs chefs, les remplissages, les fanons roulés de chaque côté du membre, la gouttière de carton qui doit former le plan solide de la partie postérieure, et les liens. Enfin on pose le bras sur le coussin, de manière que le coude soit à la base, et par conséquent l'aisselle à son sommet. Le bras doit être dans une ligne pafaitement droite avec l'axe du tronc. L'avant-bras et la main seulement sont fléchis, élevés sur la poitrine et maintenus dans cette position au moyen d'une large écharpe qui embrasse tout le buste.

M. *Larrey* n'emploie pas d'autre méthode pour les fractures du col de l'humérus ; il a reconnu les inconvéniens des bandages quelconques appliqués alors sur la poitrine, ainsi que leur tendance au déplacement, la gêne de la respiration surtout chez les personnes dont la poitrine est malade ou faible, chez les femmes dont la gorge est très-développée, chez les enfans qui remuent beaucoup, tandis que l'écharpe n'a aucun de ces inconvéniens, et permet en outre d'observer le moignon de l'épaule. M. *Lisfranc* a fait les mêmes remarques.

Fractures de l'avant-bras. L'appareil inamovible des fractures de l'avant-bras ne diffère pas de celui des fractures du bras, si ce n'est qu'il exclut la gouttière de carton. — Il est à propos d'appliquer un bandage roulé à la partie supérieure du membre.—L'avant-bras repose sur un oreiller, lorsque le sujet est couché, ou sur une écharpe, s'il est debout.

Les fractures des membres supérieurs, traitées par l'appareil inamovible, n'empêchent nullement la marche ni aucune des occupations indépendantes des mouvemens du membre fracturé. Ainsi les militaires en campagne peuvent, s'il le faut, suivre à pied le corps d'armée, etc.

Nous ne dirons rien des fractures diverses de la main ou du pied, parce qu'elles n'exigent d'autres soins particuliers que ceux qui se rapportent à la méthode de M. *Larrey*. Un bandage contentif, modifié selon la fracture et ses complications, doit maintenir l'extrémité dans l'extension, au moyen de petites planchettes proportionnées. Le pansement est inamovible ou renouvelé tout au plus deux ou trois fois.

Fractures du col du fémur. De toutes les fractures, il en est peu qui exigent autant de soins que celles du col du fémur. Nous en parlerons aussi avec quelque détail.

« Quoi qu'on fasse, a dit *Ludwig* de Leipsick, la claudication est un effet constant de la fracture du col du fémur (1). » Quelques chirurgiens ont cependant prétendu la guérir sans raccourcissement ; M. *Delpech* leur en a porté le défi. (Je ne sais si les preuves ont été données.) Ce qui n'empêche pas que l'on ait imaginé pour la réduction de ces sortes de fractures une quantité de machines dont l'application douloureuse a été comparée aux chevalets du saint-office. Je veux parler des appareils à extension permanente. Leur multiplicité est une preuve incontestable de la difficulté de parvenir au but principal qu'on se propose : c'est de ramener l'extrémité du membre au niveau de l'autre, et ces ap-

(1) Pour éviter de prendre à témoin l'expérience de mon père plutôt que celle des autres praticiens, je citerai, par exemple, le fait suivant : M. le docteur *Gimelle*, de l'hopital du Gros-Caillou, est appelé à Soissons par un notaire fort connu, qui s'était cassé la jambe et luxé le pied. M. *Gimelle* applique au membre l'appareil inamovible ; le troisième jour, il monte en chaise de poste avec son blessé, et l'amène grand train à Paris. L'appareil, malgré ce voyage de vingt-cinq lieues, n'est levé qu'au quarantième jour, et la guérison est parfaite.

(3) Ce n'est pas à moi de faire l'éloge des ambulances volantes.

(4) *Voy.* d'ailleurs la Clinique chirurgicale de M. *Larrey*.

(1) Dictionnaire de *S. Cooper*.

pareils n'y sont pas encore parvenus, même ceux de *Desault* et de M. le professeur *Boyer*. « Le bandage de *Desault*, dit *Bichat*, exige des soins qui, donnés même par son auteur, ne préviennent pas le raccourcissement du membre. » Et il en examine les principaux inconvéniens; ainsi, le renversement du pied a presque toujours lieu; la contre-extension est d'autant plus douloureuse qu'elle sert de point d'appui à l'extension; souvent la résistance contractile des muscles est d'autant plus grande que les efforts exercés sur eux sont plus violens; et puis l'appareil peut changer de direction, c'est-à-dire n'être plus en rapport avec l'axe de l'os fracturé, de là difformité ultérieure du membre : ce bandage se dérange enfin avec la plus grande facilité; par conséquent il devient inutile, ou bien il devrait être surveillé sans cesse.

L'appareil de M. *Boyer* (1) a bien sur l'appareil de *Desault* l'avantage d'opérer une extension invariable, et de s'opposer complétement au renversement du pied; mais il peut occasionner des accidens si le moyen mécanique qui en fait la puissance est mu avec trop de force; le diastasis du pied, par exemple, ou même la rupture des ligamens articulaires et la déchirure des tégumens. Qu'en résulte-t-il encore? C'est que le col fracturé manque lui-même de point de compression, tandis que tout le membre en éprouve une très-pénible. De là les difficultés de la consolidation, surtout dans les fractures intra-capsulaires. Sir *Astley Cooper* avoue n'avoir jamais obtenu par l'extension permanente la consolidation de la fracture intra-capsulaire du col. Aussi est-ce le motif principal qui lui a fait adopter la double flexion du membre. Enfin l'appareil de M. le professeur *Boyer* est dispendieux, et ne peut être employé ni à l'armée, ni dans les campagnes, ni pour les femmes, ni pour les enfans.

Bien pénétrés des inconvéniens de l'extension permanente dans les fractures du col du fémur, quelques chirurgiens ont cru devoir lui substituer une méthode beaucoup plus simple. Ainsi des Anglais d'après *Pott*, des Allemands, des Italiens, des Français préconisent la position fléchie du membre. Ils ont simplement en vue de le laisser en place pour maintenir les fragmens en rapport, sans s'inquiéter du raccourcissement. M. le professeur *Dupuytren* n'agit pas autrement depuis plusieurs années. Quoique fort simple, peu fatigant et point douloureux, son procédé, bien connu, ne s'oppose pas toujours aux mouvemens, surtout chez les enfans ou les vieillards indociles, et met obstacle au transport des blessés, s'il était nécessaire.

C'est donc en recherchant quels peuvent être les inconvéniens de l'extension permanente, et de la position fléchie dans le traitement des fractures du col du fémur, que M. *Larrey* a été conduit à leur préférer son appareil inamovible. Je ne redirai cependant aucun des avantages généraux de cette méthode; quelques mots seulement sur son application, en tout analogue du reste à l'appareil longuement décrit des fractures de la jambe, si ce n'est qu'il embrasse le membre tout entier. Le fanon externe doit dépasser, par son extrémité supérieure, le niveau de la crête iliaque, et, ainsi rapproché du bassin, y être fixé par une ceinture; l'appareil est maintenu en place pendant soixante ou soixante-dix jours.

S'il ne s'oppose pas plus qu'un autre au raccourcissement, l'appareil inamovible n'est au moins ni difficile à appliquer et à maintenir, ni douloureux à supporter; il peut être employé chez tous les sujets et en toute occasion; il permet aisément de comparer le membre fracturé au membre sain, il favorise la solidité du cal, et jouit, comme tous les autres appareils de M. *Larrey*, de l'immense avantage du transport.

M. *Larrey* a aujourd'hui d'assez fréquentes occasions d'en faire usage chez les invalides. Il a autrefois traité de cette manière leur commandant actuel, M. le général Fririon, qui n'a qu'un faible raccourcissement du membre (1). Dans les prétendus cas de consolidation sans raccourcissement, allégués par quelques chirurgiens, il n'y avait peut-être pas eu de fracture, ou bien, si elle avait existé, les manœuvres forcées d'extension permanente avaient arc-bouté les deux fragmens par leurs extrémités seules, et non pas toute leur surface. Bien plus, cette cause a donné lieu quelquefois à l'élongation du membre, comme M. *Lallemand* de la Salpêtrière, et M. *Lisfranc* en ont vu des exemples (2).

Fractures du corps du fémur. L'appareil inamovible pour les fractures du col est en tout applicable à celles du corps du fémur. Si, au contraire, on emploie l'appareil renouvelé, la plupart des sujets ont alors une tendance singulière à fléchir le jarret lors des pansemens; j'en ai fait la remarque bien souvent à l'Hôtel-Dieu, d'après M. *Dupuytren*. En effet; les fractures compliquées du tiers supérieur, et même du tiers moyen du fémur, sont si difficiles à se consolider par l'appareil renouvelé, que beaucoup de chirurgiens prétendent que l'amputation devient indispensable, surtout si la fracture est le resultat d'un coup de feu. *Schmuker* a surtout essayé de faire prévaloir cette opinion; mais M. *Larrey* pense qu'elle est exagérée, et se range plutôt de l'avis de *Kirkland* (3), qui a émis les principes les plus raisonnables sur l'amputation de la cuisse. Quoi qu'il en soit, et pour ne pas revenir sur ce que nous avons énoncé de l'amputation en général, un assez grand nombre de faits de la pratique de M. *Larrey* témoignent en faveur des succès de l'appareil inamovible dans des fractures compliquées du fémur; nous avons rapporté un cas fort grave de ce genre, en voici le résumé : Un soldat de l'ex-garde avait reçu dans la cuisse un coup de feu à bout portant; fracas du corps du fé-

(1) *Voy.* l'ouvrage classique du doyen de la chirurgie française.

(1) Clinique chirurgicale.

(2) Compte rendu de la clinique de la Pitié, par MM. *Caron-Duvillars* et *Boyer*.

(3) *Sprengel*, Histoire de la Médecine.



mur, très-près du petit trochanter, avec double plaie; débridemens profonds, extraction de plusieurs esquilles, dont l'une avait plus de deux pouces de longueur; commotion générale, apprêts de l'amputation, mais enfin application de l'appareil inamovible. Disparition des accidens primitifs, aucune complication traumatique, levée prématurée de l'appareil au cinquantième jour, par les instances de quelques chirurgiens étrangers; et, à leur grande surprise, rectitude parfaite du membre, rapprochement des fragmens osseux, et raccourcissement d'un pouce et demi environ; épanchement de toute la suppuration dans l'appareil, consolidation nécessairement encore incomplète, nouveau bandage. Malheureusement, dans le transport d'une salle à une autre, sans précaution et à l'insu du chirurgien en chef, le membre est accroché brusquement à l'angle d'une muraille, et le cal provisoire est rompu; impossibilité d'une réduction nouvelle, et difformité incurable.

Fractures de la rotule. L'appareil inamovible employé par M. *Larrey* pour les fractures du col du fémur est le même pour les fractures transversales de la rotule, si difficiles à réduire. Deux compresses graduées sont en outre appliquées d'une manière immédiate, l'une au-dessus du fragment supérieur, l'autre au-dessous du fragment inférieur; et on les maintient rapprochées le plus exactement possible au moyen des bandelettes croisées du bandage unissant des plaies transversales des extrémités. Le membre doit rester constamment dans une extension, une rectitude parfaites, et son extrémité inférieure reposer sur un plan incliné (la base correspond évidemment au talon.) La consolidation s'opère, non pas seulement par l'intermédiaire, d'une substance fibreuse, comme on l'a dit, mais par un véritable cal osseux. Car, pourquoi a-t-on refusé à la rotule cette propriété inhérente aux autres os, et que sa texture même semblerait devoir lui assigner plus spécialement? Ne sait-on pas en effet avec quelle facilité se consolident les fractures longitudinales? « Ce résultat défectueux (la formation du cal fibreux), dit M. le professeur *Delpech* (1), n'a rien d'étonnant, quand on considère qu'il s'agit de pratiquer l'extension permanente sur le fragment supérieur, et combien sont imparfaits tous les moyens propres à cet usage. » L'extrême difficulté que l'on éprouve, par la méthode des pansemens, à obtenir la consolidation, dépend précisément, dans les fractures compliquées de la rotule plus encore que dans toute autre, du renouvellement des pièces d'appareil. Aussi se plaint-on de la tendance continuelle des fragmens à s'écarter l'un de l'autre par l'action musculaire; de là, par conséquent, la rareté des consolidations parfaites. M. *Dupuytren* (2) qui a mieux que personne, peut-être, observé la différence des effets résultant de la différence des fractures de la la rotule, croit même tout à fait impossible le rapprochement exact des fragmens en travers, sollicités qu'ils sont sans cesse par des forces contraires l'un par l'extension, l'autre par la flexion du membre. Cet écartement varie depuis un pouce, un pouce et demi jusqu'à deux lignes seulement; aussi, dans ce dernier cas, M. *Dupuytren* regarde le rapprochement comme le plus exact possible.

(1) Maladies réputées chirurgicales.

(2) Leçons orales.

Je regrette de n'avoir pas vu employer l'appareil de sir *Astley Cooper*, composé principalement d'une courroie circulaire au-dessus du genou et de deux autres fixées perpendiculairement à celle-ci, et servant d'étrier à la jambe. On laisse le membre ainsi en position pendant tout le temps nécessaire à la consolidation. Il me semble que cet appareil a une certaine analogie avec celui de M. *Larrey*, sinon dans la composition des pièces, au moins dans le mode d'application.

Voici un exemple, entre plusieurs, de l'efficacité de l'appareil inamovible dans le traitement des fractures transversales de la rotule. Leroux, âgé de soixante et quelques années, infirmier-major à l'hôpital du Gros-Caillou, était en butte aux malices de quelques soldats: l'un deux s'avise de tendre une corde sur son passage; le malheureux infirmier précipite sa marche sans défiance, rencontre le piége, tombe sur le genou, et ne peut se relever. On l'examine; il avait une contusion violente du genou, et une fracture de la rotule exactement transversale par le milieu, avec écartement des fragmens dans l'étendue d'un pouce environ; point de plaie d'ailleurs. M. *Larrey* applique au membre l'appareil inamovible, qui reste en place pendant une cinquantaine de jours; on le lève enfin; les fragmens se sont rapprochés tout à fait et solidement consolidés; la marche n'éprouve ultérieurement aucune difficulté (1).

L'appareil inamovible, tout en favorisant la consolidation des fractures de la rotule doit prévenir encore un accident spécial à cette lésion. Je veux parler des abcès qui se développent aux environs de l'articulation, ainsi que M. *Dupuytren* en a observé beaucoup d'exemples (2). Il a même vu l'abondance de la suppuration entraîner la mort des sujets, et à l'autopsie cadavérique une désorganisation des cartilages des condyles du fémur. Ce résultat funeste est d'autant plus à craindre que l'on a affaire en même temps à une constitution scrophuleuse, ou qu'il existait antérieurement une tumeur blanche, ou bien que la contusion du genou a été en même temps assez violente ou compliquée de plaie.

Fractures de la jambe. Tous les détails généraux que nous avons donnés de l'appareil inamovible trouvent leur application exacte dans les fractures de la jambe, puisque c'est l'exemple que nous avons choisi pour type. Les fractures de ce membre sont en effet les plus communes de toutes, surtout dans la cavalerie. Le pansement de cette fracture est l'une des opérations les plus fréquentes que M. *Larrey* ait faites à l'armée; lui et tous ses aides pouvaient à peine y suffire dans

(1) Ce pauvre homme a succombé au choléra.

(2) Leçons orales.



certaines occurences : comment auraient-ils pu trouver le temps et les moyens de renouveler l'appareil, s'ils avaient suivi l'autre méthode ?

Je dirai peu de chose de la position fléchie que quelques chirurgiens ont adoptée pour la fracture de la jambe; mais indépendamment des remarques qui se rapportent à cette méthode générale, disons, d'après *Samuel Cooper*, que le genou, la jambe et le pied, étant trop peu soutenus, ne s'opposent pas à la mobilité du membre. Ce qu'on peu gagner par le relâchement de certains muscles, on le perd par la tension de quelques autres (*Desault* avait généralisé cette remarque pour *la position.*) D'ailleurs les muscles relâchés ne sont-ils pas susceptibles de contractions partielles? Enfin le milieu du lit s'affaisse toujours, au point que la jambe, devenant plus élevée que la cuisse, détruit les rapports des fragmens, et détermine souvent une difformité du membre.

Emploi de l'appareil inamovible.

Les nombreuses objections que la théorie a suggérées contre l'appareil inamovible, et que l'on a généralement accueillies sur parole, ont empêché la propagation, ou au moins les essais convenablement multipliés de cette méthode.

Mais assurément, si la plupart des chirurgiens militaires (qui n'ont pas le temps d'écrire) avaient publié les résultats qu'ils en ont obtenus, ils nous auraient fourni de nombreux témoignages. Il n'est peut-être pas d'ancien élève de l'hôpital du Gros-Caillou qui n'ait adopté dans sa pratique l'appareil inamovible. Je nommerai quelques-uns de mes anciens camarades qui sont devenus, chacun dans leurs départemens, des chirurgiens distingués, et qui se félicitent en toute occasion de suivre la méthode de M. *Larrey* (1) : l'un d'eux, M. *Chaumet*, chirurgien, chef interne au grand hôpital de Bordeaux, se propose de publier incessamment les succès constans qu'il a obtenus de l'appareil inamovible; il présentera le resumé de cent trente observations recueillies en trois années.

J'évite, à dessein, de rapporter des faits de la pratique de M. *Larrey ;* le choix m'embarrasserait, j'ai cherché ailleurs.

A l'hôpital du Val-de-Grâce, on a plusieurs fois employé avantageusement la méthode de M. *Larrey;* l'appareil ordinaire a cependant été conservé. Entre autres exemples, je dirai le suivant, que M. *Bégin* m'a communiqué : un garde municipal a la jambe cassée, au mois de janvier 1831, par un coup de pied de cheval. Fracture compliquée du tiers inférieur au-dessus du cal d'une fracture ancienne (en 1814), infiltration de sang; plaie mâchée, contuse, très-douloureuse. Bandage inamovible pendant soixante jours. Guérison complète.

(1) MM. *Barthélemy, Chaumet, Guerrin, Meynier; Robert, Vergne* et tant d'autres.

A l'hôpital du Gros-Caillou, M. *Poirson* suit la méthode que lui a transmise M. *Larrey*.

A l'hôpital militaire de Strasbourg, M. *Gama*, dans mainte occasion, appliquait aux fractures la méthode inamovible, d'après les principes qu'il professe aujourd'hui au Val-de-Grâce sur les avantages des pansemens rares.

A l'hôpital militaire de Metz, MM. *Willaume* et *Scoutteten*, partageant les mêmes idées à cet égard, emploient fréquemment l'appareil à demeure pour les fractures : ils en ont obtenu des succès marqués dans des cas graves.

De tous les hôpitaux civils, c'est à celui de Beaujon que l'on a essayé la méthode inamovible de la manière la plus complète et la plus satisfaisante (mais seulement pour les fractures des membres inférieurs.) Voici le résumé des quatre faits les plus remarquables, qui appartiennent tous au service de M. le professeur *Marjolin*.

1° Fracture comminutive de la jambe, par une roue de diligence, chez un vieillard de soixante-dix ans. Levée de l'appareil au soixantième jour; guérison avec consolidation et rectitude parfaite.

2° Fracture de la jambe près de l'articulation du pied, chez un conducteur tombé de sa diligence. Levée de l'appareil au trente-cinquième jour ; réduction exacte de la fracture; solidité du cal. Nouvelle application de l'appareil pendant trente jours encore, pour ajouter à la consolidation et guérir une ankylose incomplète. Résultat obtenu.

3° Double fracture complète à la jambe ; ainsi trois fragmens pour chaque os, avec gonflement considérable, chez un jeune maçon tombé d'un troisième étage. Levée de l'appareil au dix-septième jour, sans aucune nécessité apparente, mais par inquiétude. Disparition du gonflement; intervalle d'un pouce environ entre l'appareil solidifié et la jambe parfaitement droite. Nouvelle application de l'appareil et levée définitive cinquante jours après l'entrée du blessé; guérison complète.

4° Fracture du tiers moyen de la cuisse gauche: fracture complète oblique et comminutive de la jambe droite à son tiers inférieur, avec saillie des fragmens à travers deux plaies, chez un ouvrier tombé de l'arc de triomphe. Appareil de *Desault* à la cuisse, appareil de M. *Larrey* à la jambe. Levée de celui-ci au soixantième jour; consolidation de la fracture, cicatrisation des plaies. La consolidation de la cuisse, au contraire, n'était pas complète cinq mois après.

M. *Vidal*, ancien élève de l'hôpital Beaujon, a bien voulu me communiquer ces faits, qui se trouvent aussi consignés dans les journaux de médecine. La dernière observation, la plus intéressante de toutes, a été rapportée dans la Clinique des Hôpitaux (1).

A l'hôpital Saint-Antoine, M. *Velpeau* a essayé deux fois la méthode inamovible: dans le premier cas, c'é-

(1) Tom 1er., n° 6.

tait pour une fracture comminutive et complète de la jambe. La gravité de cette lésion, et une défiance involontaire dans la réussite du traitement, engagèrent M. *Velpeau* à lever l'appareil au douzième jour ; mais il trouva le membre en si bon état, qu'il remit un nouveau bandage et le laissa en place jusqu'au cinquantième jour environ ; la guérison fut parfaite.

Il s'agissait, dans le second cas, d'une fracture simple mais complète de la jambe. Cette fois, l'appareil ne fut levé qu'à l'époque définitive de la consolidation, qui eut lieu vers le quarante-cinquième jour.

A l'hôpital de la Pitié, les essais de cette méthode n'ont pas été aussi heureux qu'à Beaujon et à Saint-Antoine. Il est fâcheux qu'on l'ait employée pour la première fois dans des cas de fractures graves, car il eût été plus rationnel de l'appliquer d'abord aux fractures simples, pour arriver progressivement aux plus compliquées. Nous ne doutons pas que de cette manière M. *Lisfranc* n'eût obtenu des résultats plus satisfaisans.

Et d'ailleurs, ces essais tentés à la Pitié, et dans quelques autres hôpitaux civils, ont-ils réellement été tout à fait conformes aux principes de M. *Larrey?* Les chirurgiens qui ont voulu l'employer ont eu ou de l'inquiétude, ou de la défiance, ou de la curiosité, à une époque plus ou moins éloignée de l'application de l'appareil, qu'ils ont ainsi levé prématurément ; encore était-ce dans beaucoup de cas où aucun signe extérieur ne semblait en requérir la nécessité ; et lors même que quelques accidens généraux ont pu se déclarer, on n'a pas manqué de les attribuer à la méthode elle seule. Bien vite alors on levait l'appareil, on en restait là de l'expérience, et on abandonnait les accidens au petit bonheur de l'appareil renouvelé. Mieux aurait valu peut-être les combattre par les moyens appropriés plutôt que de renoncer à un essai utile et de provoquer ainsi de fâcheux résultats, en gênant le travail de la nature ; car les fractures ne sont-elles pas l'une des maladies chirurgicales pour lesquelles l'art a le moins de frais à faire ? — Si l'on s'imaginait encore que l'appareil inamovible n'agit que par une très-forte compression, et qu'alors on y apportât des effort démesurés, on déterminerait des accidens graves, tels que le sphacèle du membre.

Non, ce n'est donc pas par quelques essais infructueux que l'on aurait dû juger comme mauvaise, ou au moins comme insuffisante, une méthode consacrée par l'expérience et appuyée sur des masses de faits.

Je reviens aux observations.

Les chirurgiens anglais, si généralement habiles, sont cependant inférieurs aux français dans l'application des appareils de fractures. *Samuel Cooper* et *Hennen* (1) l'avouent eux-mêmes, en mettant de côté tout amour-propre national ; et M. le professeur *Roux* (2) l'a écrit en faisant le parrallèle des deux chirurgies. — Je me rappelle aussi avec quelle surprise quelques chirurgiens anglais ont vu, dans un de leurs hôpitaux, l'application de l'appareil inamovible par M. *Larrey*, et surtout avec quel intérêt ils lui ont annoncé ensuite qu'ils en avaient constaté les résultats. On lui a fait savoir que, depuis son voyage en Angleterre, sa méthode était suivie par plusieurs praticiens.

(1) principles of military surgery.

(2) Voyage en Angleterre.

Il paraît que le professeur *Steven*, de New-York, emploie également dans une foule de cas l'appareil inamovible.

En Belgique, les appareils de fracture sont maintenus en place assez longtemps, et moins on les change, mieux ils agissent (1) ; c'est la remarque qui nous a été faite par M. *Seutin*, chirurgien en chef de l'hôpital civil de Bruxelles et inspecteur du service de santé. M. *Larrey*, au retour de ce voyage eut occasion à Maubeuge d'employer sa méthode chez un cavalier qui venait de tomber de cheval en escortant les fils du roi. — Fracture comminutive du tiers moyen de la jambe avec plaie, et issue d'un fragment du tibia ; débridement, résection de la portion osseuse, saillante de dix ou douze lignes, extraction de plusieurs esquilles, réduction de la fracture, plaie réunie et pansée simplement, application de l'appareil inamovible, régime convenable, point d'accidens consécutifs ; levée de l'appareil au soixante-cinquième jour par MM. *Zink* et *Révillon* (2) ; consolidation de la fracture, cicatrice complète quelques jours après, et guérison avec léger raccourcissement.

Enfin, dans presque tous les pays où d'anciens élèves de M. *Larrey* se trouvent disséminés, ils suivent tout à fait ses principes pour le traitement des fractures ; en Morée, par exemple, et en Égypte ; M. *Chéduffaut*, établi au Caire, n'agit pas autrement. M. *Baudens*, chirurgien-major à Alger, est parvenu à généraliser ce procédé avec un succès complet ; il doit même publier prochainement plusieurs observations remarquables.

J'aurais pu accumuler des citations de ce genre, si j'avais eu le temps d'interroger en détail la pratique des principaux chirurgiens militaires, et celle même de quelques chirurgiens civils. Mais nous avons encore à passer en revue différentes méthodes étrangères le plus en rapport avec celle de M. *Larrey*.

Méthodes analogues à l'appareil inamovible.

La méthode inamovible ou permanente dans le traitement des fractures n'est certainement pas nouvelle dans le fond, quoique diversement modifiée dans la forme. Il paraît qu'elle était en usage chez les anciens peuples de l'Orient, et qu'elle s'y est conservée jusqu'à nos jours. Les Arabes, par exemple, n'ont pas d'autre but dans le traitement d'une fracture quelconque : laisser le membre dans un repos parfait et maintenu con-

(1) Des courroies à boucles remplacent les liens.

(2) L'un, chirurgien en chef de l'armée du Nord ; l'autre, chirurgien en chef de l'hopital.



venablement jusqu'au terme définitif de la consolidation.

J'ai appris d'un voyageur célèbre, M. *Amédée Jaubert*, que les chirurgiens persans ne changent presque jamais les appareils de fractures, une fois qu'ils les ont appliqués. On dit que l'un d'eux est venu s'établir à Constantinople, où il est fort en vogue.

Pouqueville (1) raconte que les Grecs se servent d'une espèce de mastic pour maintenir en permanence la réduction des fractures. C'est par la dessiccation de cette matière que les fragmens sont tenus en rapport jusqu'à leur parfaite consolidation.

La méthode des chirurgiens espagnols, qui leur a sans doute été transmise par les Maures, est à peu près semblable à celle de M. *Larrey*; les mêmes objections lui ont été adressées, mais on n'a pu récuser non plus la vérité des faits. Alors on a prétendu que ces succès étaient dus sans doute en grande partie à l'extrême sobriété des Espagnols (c'est au moins peu flatteur pour nos Français).

En Corse, on regarderait presque comme une hérésie chirurgicale de lever un appareil de fracture avant la consolidation entière.

J'ai appris qu'au Brésil on traite souvent les fractures par la permanence de l'appareil, qui se compose spécialement d'attelles très-solides et en même temps très-élastiques, faites avec une espèce particulière de roseau (*jaquar'ossú*).

Assalini de Milan (2), convaincu, d'après la pratique même du célèbre professeur *Pelletan*, des inconvéniens de panser souvent les fractures, y a renoncé; il blâme aussi les attelles, et leur substitue les fanons. Il préconise enfin les réfrigérans comme moyen préservatif des épanchemens, de la tuméfaction et des abcès, et compose principalement son appareil de carton mouillé, qui, en se desséchant ensuite, acquiert une grande solidité.

Longtemps avant M. *Larrey*, *Moscati* (3) avait imaginé l'emploi de l'étoupade et de l'appareil permanent, qu'il levait cependant deux ou trois fois jusqu'à l'époque de la consolidation parfaite des fractures graves.

Le célèbre *Dieffenbach* de Berlin se sert actuellement d'un appareil assez singulier pour les fractures de la jambe (4) : il moule le membre dans du plâtre, et le laisse en place pendant le temps nécessaire à sa consolidation; et quelle que soit la complication de la fracture, pourvu qu'elle paraisse susceptible de guérir sans amputation, elle n'est pas traitée autrement.

Un des chirurgiens distingués de la malheureuse armée polonaise, M. *Malez*, a employé, m'a-t-on dit, avec avantage un procédé analogue à celui du professeur *Dieffenbach*.

Le docteur *Sauter* de Constance a imaginé, et son compatriote M. *Mayer* (1) a perfectionné un appareil dont le principal but est l'immobilité des fragmens; mais la suspension du membre, qui est la base essentielle de cet appareil, constitue une méthode beaucoup trop différente de celle qui nous intéresse, pour que nous en parlions davantage; son utilité nous paraît d'ailleurs contre-balancée par des inconvéniens inévitables, le défaut de solidité, par exemple.

Enfin, M. le professeur *Fodéré* rapporte que dès la plus haute antiquité, du temps même d'*Hippocrate*, se rencontraient des hommes adonnés spécialement au traitement des fractures et des luxations; la plupart, il est vrai, médicastres sans aveu, qui en faisaient plutôt un vil métier qu'une profession honnête, et qui ne suppléaient à leur ignorance que par la forfanterie la plus déhontée. Ces artisans, appelés généralement *rebouteurs*, se sont succédé d'âge en âge, et de nos jours encore ils ne sont pas très-rares. Parcourez les Alpes, la Savoie, la Suisse, l'Alsace, les Vosges, et vous en trouverez plusieurs. Le plus grand tort de ces charlatans envers la médecine, ce n'est pas seulement le mal qu'ils font presque toujours, c'est même le bien qu'ils peuvent faire quelquefois : ainsi, au rapport de MM. *Percy* et *Fodéré*, il existe encore dans les Vosges une famille de rebouteurs appelée les *Valdajos*, qui, depuis plus de deux siècles, se sont transmis de père en fils le secret de traiter les fractures et les luxations. Mais, chose plus surprenante, c'est qu'ils obtiennent à peu près constamment des succès remarquables, et que leur modestie égale leur célébrité. Terminons cette note additionnelle à notre sujet par le seul fait qui doive nous intéresser, c'est que les *Valdajos* et quelques autres rebouteurs habiles, tels que les *Fleurot*, les *Jollans*, n'attribuent leur réussite dans le traitement des fractures qu'à la permanence de leurs appareils, qui se composent le plus ordinairement de feuilles et de bandes de carton mouillé ou d'attelles d'osier mastiquées avec de la poix de sapin brute. « Un bon rebouteur, renouer, bailleul, dit M. *Fo-*
» *déré*, peut donc devenir, dans l'occasion, une chose
» très-utile à rencontrer (2). »

Propositions sur les inconvéniens de l'appareil renouvelé.

Je pourrais terminer ici l'exposé complet de l'appareil inamovible dans le traitement des fractures; mais ses avantages seront peut-être mieux démontrés encore si nous essayons de faire ressortir les inconvéniens de l'appareil renouvelé. Nous traiterons cette dernière partie sous la forme de propositions, parce qu'elle ne se prête pas aussi bien à un ordre méthodique.

(1) Voyage en Grèce.

(2) Manuale di chirurgia del cavaliere *Assalini*, etc. Milano, 1812.

(3) Sur les fractures du col de l'humérus, par *Moscati* (Mémoires de l'Académie de chirurgie.)

(4) *De cruribus fractis gypso liquefacto curandis. Dissertatio*; *auct.* MOTTRAY. Berlin, 1831.

(1) Analyse par le docteur *Tavernier*. (Bulletin général de thérapeutique. Janvier 1832).

(1) Dictionnaire des sciences médicales, tom. 47, art. *Rebouteur*.



Il est vrai que par l'appareil renouvelé on peut évacuer le pus à volonté ; mais il est tout aussi vrai que, pendant une assez longue période, ce pus se reproduit avec d'autant plus d'abondance. Calculez, en effet, la quantité qui s'écoule à chaque pansement, et voyez de combien elle excède celle qui se trouve une fois pour toutes dans les pièces de l'appareil inamovible. La différence est si grande, que si je cherchais à l'évaluer, on me taxerait d'exagération.

L'abondance de la suppuration est la cause principale qui épuise les forces du blessé, surtout s'il est très-jeune ou avancé en âge, s'il a une constitution maladive et s'il est soumis à des influences fâcheuses. L'on sait que le moindre accident suffit quelquefois pour altérer un produit aussi variable que le pus ; et cependant n'a-t-on pas pour but de conserver une bonne nature à la suppuration ? Dans l'intervalle de chaque pansement, il y a presque autant de pus en contact avec la peau qu'il y en a sous l'appareil inamovible pendant toute la durée de son application.

C'est bien plutôt par son action directe sur la plaie d'une fracture (comme sur toute autre, du reste) que l'air crispe les vaisseaux et en condense les sucs ; de là irritation, inflammation et suppuration plus abondante. Sir *Eevrard Home* a démontré que le pus n'a pas l'apparence purulente lorsqu'il est d'abord sécrété, mais qu'il l'acquiert d'autant plus qu'il est d'avantage exposé à l'air (1). Son influence n'est-elle pas plus fâcheuse encore lorsque, trop froid ou humide, ou bien chargé de quelques odeurs délétères, il vient frapper en plein sur la plaie autant de fois qu'il y a de pansemens ? Cet air agit sur les organes respiratoires du malade, et peut occasionner du trouble dans leurs fonctions ; aussi, pendant le pansement de ces fractures compliquées, l'on est souvent obligé de verser du chlore ou du vinaigre sur les pièces d'appareil et sur le lit, tant à cause des chirurgiens et des assistans que pour le blessé lui-même.

Plusieurs maladies peuvent devenir symptomatiques d'une suppuration trop abondante ; ainsi des phlegmasies cérébrales, pulmonaires ou gastro-intestinales. On a constaté, par un grand nombre de faits, que lorsque le canal digestif est atteint d'inflammation le résultat est ordinairement funeste. M. *J. Cloquet* a signalé à l'attention des praticiens une affection particulière, mais assez rare, qu'il appelle *scorbut local* (2) ; les symptômes n'ont cependant rien de différentiel avec le scorbut ; les causes sont toujours débilitantes ; les effets se portent directement sur la fracture qui éprouve dans sa consolidation ou difficulté variable ou obstacle absolu.

S'il règne quelque maladie épidémique, elle attaquera spécialement les blessés graves traités par la méthode des pansemens fréquens ; ceux par exemple qui sont atteints de fractures compliquées de plaies. C'est surtout dans les cas de gangrène d'hôpital que s'observent des terminaisons fatales. Récemment à Saint-Louis, presque toutes les fractures compliquées, aussi bien que les autres lésions profondes et les amputations, ont été envahies par la pourriture d'hôpital, qui a laissé peu de guérisons parmi les malheureux blessés des 5 et 6 juin.

Indépendamment des accidens que nous venons de retracer, combien sont difficiles les pansemens de fractures compliquées de plusieurs plaies, surtout si celles-ci sont opposées les unes aux autres, ou bien s'il s'agit seulement d'une plaie profonde à la partie postérieure de la cuisse. Nous avons perdu, au Val-de-Grâce, un militaire qui avait eu le tiers supérieur de la cuisse fracassé par un coup de feu, avec plaie antérieure et plaie postérieure. On espérait pourtant lui conserver le membre ; il fut donc placé dans l'appareil ordinaire. A chaque pansement, la suppuration était excessive ; il fallait quatre personnes pour soulever le blessé, panser la plaie postérieure et changer le bandage ; on pouvait à peine maintenir les fragmens en rapport, ils se déplaçaient sans cesse : cet homme est mort d'épuisement. Je ne prétends pas faire entendre qu'un cas aussi désespéré ait dû guérir par l'appareil inamovible ; mais au moins on aurait épargné bien des souffrances à cet infortuné et prolongé son existence (1).

L'épuisement ne résulte pas seulement de l'abondance de la suppuration, il résulte, dans beaucoup de cas, de la diète trop sévère ou prolongée, des saignées, et des médications intérieures, telles que les purgatifs, dont M. le professeur *Boyer* a signalé les abus dans les cas de ce genre : ou bien, par le contraire, les écarts de régime pendant la suppuration abondante des pansemens renouvelés peuvent entraîner les plus fâcheuses conséquences, telles qu'une gastro-entérite intense, une diarrhée colliquative.

« Quand l'obturation prévient la suppuration, a dit M. le professeur *Dupuytren* (2), il n'y a pas de danger à craindre ; il y en a beaucoup, au contraire, quand l'obturation n'est pas assez longtemps maintenue ; car c'est ainsi qu'à la levée trop prompte et fréquente de l'appareil, on trouve souvent une vaste inflammation et un épanchement purulent ; quelquefois même le membre est frappé de sphacèle. »

En effet, la terminaison des fractures comminutives compliquées de plaies est souvent funeste par le seul fait des pansemens fréquens. J'ai vu, dans des cas de ce genre, une suppuration tellement abondante, qu'elle formait une espèce de bain autour de la fracture. Les chairs deviennent blafardes ; tous les symptômes d'une fièvre hectique apparaissent ; il n'y a plus même de chances d'amputation pour le malheureux dont l'énergie morale est abattue, et qui n'a pas seulement à re-

(1) Dissertation on the properties of pus.

(2) Cours de pathologie externe à l'École de Médecine.

(1) Plus de chances encore se seraient déclarées en sa faveur, si l'on avait eu recours, dès le principe, à la désarticulation de la cuisse. ce fut l'opinion de MM. *Lacretelle* et *Bégin*, l'autopsie cadavérique l'a confirmée.

(2) Leçons orales.



douter la perte d'un membre, mais la mort, qu'il devine dans tous les yeux, qu'il entrevoit autour de lui, qu'il comprend enfin comme terme inévitable de ses souffrances.

La communication directe de la plaie avec le foyer de la fracture entraîne beaucoup plus de dangers par l'effet des pansemens, que si cette communication n'existait pas.

Lorsque la fracture compliquée a lieu près d'une articulation, celle-ci s'irrite, s'enflamme et devient quelquefois le siége d'un épanchement de synovie, lequel peut avoir des suites graves. Est-ce par l'introduction de l'air? On est d'accord, dans tous les traités de chirurgie, sur les accidens qui peuvent en résulter pour les plaies compliquant les fractures, et cependant on s'y expose sans cesse dans les pansemens.

Il n'est pas rare qu'un foyer purulent se développe dans le voisinage de la fracture, comme M. *J. Cloquet* en particulier l'a reconnu à l'hôpital Saint-Louis.

Après l'application de l'appareil ordinaire pour une fracture sans complication primitive, n'arrive-t-il pas quelquefois qu'au deuxième ou au troisième pansement la tuméfaction s'empare du membre, sans qu'on puisse en expliquer autrement la cause?

L'habitude de laver les plaies autant de fois en relâche les bords, les ramollit, au lieu de les affermir, surtout si l'on emploie des liquides émolliens. M. *Gama* (1) s'est prononcé contre cette propreté mal entendue, qui dégrade le travail de la nature.

Les pansemens fréquens d'une fracture compliquée sont plus ou moins longs, douloureux, difficiles; ils obligent de comprimer directement sur le foyer de la fracture; de là contusion des parties molles. La compression seule des bords de la plaie pour faciliter l'écoulement du pus est très-pénible.

C'est souvent à l'époque (variable) où le membre a besoin de repos, que l'on s'inquiète davantage de ce qu'il éprouve ou de ce qui se passe dans le foyer de la fracture. On le sonde, on le lave, on l'injecte, on l'essuie, ou bien on essaie avec les doigts, des pinces ou d'autres instrumens, d'extraire des corps étrangers qui pourraient y séjourner sans inconvénient, ou même qui ne s'y trouvent pas toujours : aussi avec quelle anxiété le blessé attend l'heure du pansement! il en souffre d'avance. J'ai vu à l'hôpital militaire de Strasbourg un jeune soldat qui avait presque toujours un accès de fièvre pendant le pansement d'une fracture compliquée de plaie à la jambe.

Les pièces de l'appareil renouvelé se désunissent souvent d'elles-mêmes avec facilité; et d'ailleurs, dès que le bandage est défait volontairement, il ne comprime plus les muscles, il favorise au contraire leur contraction spasmodique, et par conséquent l'écartement des fragmens. Cette force de tiraillement est quelquefois excessive, quelque précautions que l'on prenne pour maintenir l'extension et la contre-extention : M. *Dupuytren* s'est plaint, devant nous, de ce grave inconvénient.

Il peut se faire que le déplacemsnt et l'écartement des fragmens tiennent à d'autres causes qu'à la contraction spasmodique des muscles. Le chirurgien recommande sans doute de maintenir le membre dans l'immobilité la plus parfaite; mais est-il toujours facile de le faire, lorsqu'il s'agit de panser des fractures compliquées de plaie qui suppurent abondamment? La douleur qu'éprouvent les blessés, indocilité ou défaut d'intelligence de leur part, ou délire, l'inattention, le manque d'habitude ou la fatigue des aides, du chirurgien-lui-même, la difficulté enfin de substituer convenablement l'appareil nouveau à celui que l'on retire, ne sont-ce pas là autant de causes secondaires de déplacement?

Si beaucoup de chirurgiens renouvellent fréquemment le pansement des fractures, d'après cette idée, que la réduction n'est pas toujours complète d'abord et doit être recommencée, combien de fois aussi la fracture, étant bien réduite dès le principe, ne se déplace-t-elle pas à l'un des pansemens consécutifs! Par exemple, il est arrivé qu'à la disparition du gonflement on a pris la dépression qui en résulte au niveau de la fracture pour l'affaissement de l'un des fragmens; de là des efforts de pression sur l'autre fragment, supposé plus élevé; d'où il résulte que l'on peut produire l'accident auquel on voulait remédier.

Non-seulement les mouvemens involontaires sont nuisibles à la consolidation, mais, à plus forte raison, les mouvemens exercés par quelques chirurgiens pour s'assurer si la réduction est exacte ou si la consolidation est commencée. C'est souvent ainsi qu'ils la détruisent, et ce tort a été signalé par des praticiens qui ne partagent pas les idées de M. *Larrey*, par M. *Boyer*, par exemple. Les mouvemens que l'on conseille aux blessés de faire vers l'époque des derniers pansemens suffisent quelquefois pour rompre le cal, comme l'a fait observer M. le professeur *Richerand* (1).

Enfin, admettons un instant que l'appareil renouvelé soit préférable à l'appareil inamovible pour les fractures compliquées, que doit-il en résulter dans certaines circonstances? Les gens de la campagne, par exemple, auxquels un pareil accident arrive, ne peuvent ou ne veulent pas toujours se faire transporter dans un hospice; ils appellent le chirurgien du canton, qui applique le premier appareil; divers motifs empêchent celui-ci de revenir fréquemment, ou même deux et une seule fois; ainsi, l'éloignement, la fatigue, une maladie ou d'autres raisons moins valables. Mais, par bonheur, les efforts de la nature remplacent ses visites, ils prennent la guérison sous leur responsabilité, et les malheureux se trouvent en effet guéris sans que le chirurgien soit venu, pour ainsi dire, à la poursuite d'accidens trop souvent imaginaires.

Voilà tout ce que j'avais à dire.

CONCLUSION.

C'est par la théorie que l'on a cherché à déprécier les

(1) Conférences du Val-de-Grâce.

(1) Nosographie chirurgicale.

avantages de l'appareil inamovible : c'est donc par la théorie que nous avons dû les faire valoir. Celle-ci est au moins fondée sur une pratique longue et consciencieuse, et non sur des essais rares et incomplets; je ne doute pas cependant qu'il n'y ait tout autant de bonne foi chez les partisans de l'une et de l'autre méthode, et je me garderai bien de recuser en aucune façon les succès de l'appareil renouvelé. J'en ai été très-souvent témoin dans les hôpitaux ; mais aussi j'ai vu des accidens, des insuccès, des nécessités d'amputation et des résultats funestes par cette méthode, tandis que je n'ai jamais observé de conséquences fâcheuses que l'on pût attribuer franchement à l'emploi de l'appareil inamovible.

Puissé-je, par le travail que je présente aujourd'hui, appeler l'attention chirurgicale sur une question qui nous semble aussi importante et contribuer, de mes faibles efforts, à modifier, sinon à changer complétement, la thérapeutique générale des fractures.

De l'appareil inamovible appliqué au traitement des fractures du col du fémur (1).

Un drap fanon; deux fanons épais et assez résistans ; deux longs et larges coussins de remplissage ; un coussin pour talonnière ; un grand bandage à dix-huit chefs, et un bandage roulé pour le bas de la jambe ; la compresse pour étrier ; la compresse d'enveloppe, et des liens. Ajoutons à ces pièces ordinaires de l'appareil, des compresses immédiates, une compresse en sous-cuisse, et une ceinture faite avec une portion de drap ployé en double ou en triple. A tout cela enfin le mélange d'eau, de vinaigre camphré, d'extrait de saturne et de blancs d'œufs ; et nous n'aurons plus que l'application de l'appareil, à peu près semblable en tout à ce que nous avons dit pour les fractures de la jambe, sauf que le membre tout entier doit être enveloppé. Le fanon externe dépasse par son extrémité supérieure le niveau de la crête iliaque; et ainsi rapproché du bassin, il y est solidement fixé par la ceinture, à laquelle s'attache également le sous-cuisse.

La difficulté constante étant de maintenir la réduction, il faut que l'intelligence et la force des aides assurent l'extension et la contre-extension, jusqu'à ce que le chirurgien ait presque terminé l'application de l'appareil.

Sabatier rapporte un fait d'après lequel on pourrait trouver une sorte d'analogie entre l'appareil qu'il mit en usage et l'appareil inamovible. « Ces symptômes, dit-il, me firent soupçonner une fracture sans déplacement au col du fémur, et m'engagèrent à enfermer le malade dans des fanons et à recommander qu'on ne le dérangeât pas de la situation où je l'avais mis. » Cette citation du reste n'a pas d'importance.

Il ne serait pas indispensable d'appliquer l'appareil inamovible dès les premiers jours, non-seulement à cause des accidens primitifs possibles, mais encore parce que la consolidation ne commence pas encore, et que l'on peut, sans inconvénient, placer provisoirement le membre dans la position simple. Il importe surtout que le gonflement primitif, quand il existe, soit complétement dissipé avant d'appliquer l'appareil. Le motif se conçoit aisément.

Il résulte de là aussi que la tendance au déplacement étant beaucoup moins fréquente et moins forte consécutivement l'appareil aurait d'autant plus de facilité à la combattre.

Rien n'empêche, comme le pratique M. Larrey, d'exercer de temps en temps sur l'appareil des tractions méthodiques, ce qui constituerait une sorte d'extension renouvelée, sans qu'il en résultât les mêmes inconvéniens.

On ne doit pas lever l'appareil avant le soixantième ou soixante-dixième jour; à moins d'indications très-urgentes, et elles sont rares. M. Larrey établit à cet égard une règle pour les fractures du col du fémur : « L'appareil, dit-il, n'a besoin d'être renouvelé que quand le gonflement qui a pu exister d'abord s'est dissipé ; mais il faut éviter, autant que possible, de le renouveler après le vingtième jour, parce que c'est l'époque où le travail inflammatoire commence à opérer la soudure des os. »

A la levée de l'appareil, comme le membre éprouve un peu de raideur et de difficulté dans les mouvemens ; comme il est convenable de le laisser encore pendant quelques jours, je proposerais de substituer alors la position demi-fléchie à la position horizontale, afin de soulager le membre et de l'habituer aux flexions successives ; mais mon père préfère remplacer l'appareil par un simple bandage roulé, que deux fanons soutiennent encore dans la position horizontale.

Il faut faire marcher peu à peu les malades avec des béquilles, puis avec un béquillon, et les engager à porter le poids un peu plus du côté sain que de l'autre; cette seule précaution prévient quelquefois un raccourcissement consécutif.

Les malades peuvent satisfaire à leurs besoins naturels en toute sécurité pour la fracture, et sans que l'appareil en soit dérangé ou endommagé.

Rien de plus facile que de les changer de lit ou de les placer sur une chaise longue.

Une fois que les accidens primitifs sont dissipés, les malades, parfaitement habitués à l'appareil, n'en éprouvent ni gêne ni douleur. Rien n'empêche de les considérer jusqu'à un certain point comme en dehors de toute condition morbide, et de leur permettre une alimentation substantielle. Je crois même que ce régime n'est pas à négliger, lorsqu'on a affaire à des vieillards maigres, et prédisposés à maigrir davantage; car on a observé que chez eux la consolidation de la fracture du col du fémur s'opérait toujours lentement, et que quelquefois elle ne pouvait pas avoir lieu.

Le traitement des complications n'est nullement en-

(1) Cet article est extrait d'une autre thèse soutenue par M. Hypol. Larrey, au concours pour l'agrégation à la Faculté de médecine de Paris, le 28 août 1835, sur la question suivante : « *Quel est le meilleur traitement des fractures du col du fémur ?* »



travé, comme on pourrait le croire, par l'emploi de l'appareil inamovible.

Il n'a pas pour but essentiel d'alonger le membre, puisqu'au dire de quelques partisans de l'extension continue, cette méthode elle-même n'y parvient pas.

C'est à conserver au membre sa rectitude, c'est à maintenir les fragmens en contact et solidement réduits, que s'applique l'appareil inamovible.

Sa surface large, épaisse et solide, soutient le membre dans la rectitude, et l'empêche de se porter en dehors par son propre poids.

Puisque l'on convient généralement que les fractures du col du fémur sont facilement réduites, je crois que l'appareil inamovible agit sur les fragmens avec autant de solidité que bien des appareils d'extension continue.

Et une preuve que l'extension n'est pas aussi indispensable qu'on le pense, c'est qu'il suffit ordinairement des plus simples tractions sur le membre, aidées de la position horizontale et du repos, pour que la réduction de la fracture s'opère immédiatement, et pour que le membre reprenne sa longueur et sa direction naturelles. Or, si on seconde cette heureuse position par un appareil méthodiquement contentif, n'est-on pas fondé à croire qu'il n'est pas nécessaire de recourir à un autre appareil que celui dont nous parlons?

Il me paraît convenir dans toutes les fractures sans tendance marquée au déplacement; dans les fractures intracapsulaires, par exemple, reconnues ou supposées telles, il semble favoriser l'épaississement de la capsule fibreuse, disposée elle-même à s'accoler contre les fragmens, et à constituer ainsi assez exactement les parties les plus profondes de l'appareil contentif. Cette compression uniforme fortifie la capsule, et forme un obstacle plus fort aux causes de déplacement.

Favorisant ainsi le contact des fragmens, l'appareil inamovible doit, plus qu'un autre moyen peut-être, se prêter à la consolidation des fractures intracapsulaires, et fournir, à cet égard, un argument de plus à l'assertion de nos maîtres, contre l'incrédulité des chirurgiens d'outre-mer.

Je passe à d'autres propositions.

Suite presque inévitable de l'immobilité prolongée du membre, la fausse ankylóse n'est pas à redouter cependant, comme on serait porté à le croire par le fait de l'appareil inamovible. Des fomentations, des frictions sur toute l'étendue du membre, et au pourtour de l'articulation coxofémorale, des mouvemens graduels et un exercice modéré suffisent pour dissiper peu à peu la roideur et l'engourdissement.

Ce ne serait pas une raison toutefois de prolonger au delà du terme l'application de l'apparel. Il pourrait en résulter, si je puis m'exprimer ainsi, un excès de consolidation nuisible aux mouvemens du membre.

L'objection principale à laquelle je dois m'attendre, c'est que l'appareil paraissant agir uniquement sur le fragment inférieur, ne manquera pas de céder comme lui aux causes de déplacement. Je ne disconviens pas qu'il en serait ainsi peut-être, si cet appareil n'avait d'autre propriété que l'inamovibilité; mais il est façonné de telle manière, que les causes de déplacement sont bien affaiblies ou même annulées par la résistance des différentes pièces du bandage. Cette solidité est telle, que, pour les fractures du col du fémur, elle me semble agir avec une sorte d'extension, en comprimant uniformément tous les points du membre, qui ne pourrait vaincre cette compression, lors même que les contractions les plus fortes seraient faites volontairement.

Doutant moi-même une fois de la puissance de l'appareil inamovible, dans le traitement des fractures du col du fémur, je voulus m'en assurer positivement. Un soldat de l'ex-garde, jeune et vigoureux, était tombé de cheval sur la hanche; le col du fémur fut rompu, et il n'y avait pas à douter de la fracture. Mon père appliqua son appareil deux jours après; et à peine était-il en place, que j'engageai le malade à essayer de contracter fortement la cuisse; mais, malgré ses efforts, il ne put y parvenir, parce que, disait-il lui-même, le membre se trouvait tellement pris, qu'il ne pouvait plus bouger. Aucun accident ne survint, et la consolidation fut régulière, sauf un très-léger raccourcissement. J'avais agi peut-être imprudemment, j'en conviens; mais cette imprudence a contribué à soutenir ma conviction en faveur de l'appareil inamovible.

Sous l'influence de cette méthode, la consolidation de la fracture se fera d'autant plus facilement selon certaines conditions que selon d'autres : plutôt, si le sujet est jeune, d'une bonne santé, peu irritable; plutôt, si la fracture est simple et sans déplacement; plutôt, si l'exploration propre à éclairer le diagnostic a été faite avec réserve; plutôt, si la réduction a été opérée sans effort et sans secousse; plutôt, si l'appareil, appliqué à temps, n'est pas renouvelé mal à propos; plutôt enfin, si, après la formation du cal, on ne néglige aucun des soins nécessaires à la consolidation.

Puisque les appareils les plus puissans d'extension ne s'opposent pas toujours au raccourcissement, et puisque l'observation clinique nous a démontré que l'appareil inamovible pouvait le prévenir presque aussi sûrement, ne vaut-il pas mieux (le résultat sous ce rapport étant à peu près le même), ne vaut-il pas mieux corriger la claudication consécutive par une chaussure proportionnée au raccourcissement? Qu'est-ce enfin qu'une conséquence aussi légère à considérer, en la comparant aux effets si souvent fâcheux que nous avons signalés ailleurs?

« Ce léger inconvénient (la claudication) doit être compté pour rien, dit Sabatier (1), si l'on se rappelle que la fracture du col du fémur est quelquefois suivie de la mort des blessés, et qu'il y a des cas où elle ne se réunit point. »

Ludwig prétendait même que la claudication était un effet constant de la fracture du col du fémur; et,

(1) Mémoires de l'Académie de chirurgie.



longtemps auparavant, cette opinion avait été soutenue par Fabrice de Hilden, Platner et d'autres. Mais elle n'est pas admissible comme opinion absolue, parce que des faits incontestables démontrent qu'il n'y a pas toujours raccourcissement. Desault de Boyer l'ont prouvé par la méthode d'extension; Dupuytren, par la méthode demi-fléchie; M. Larrey enfin, par l'appareil inamovible.

Il est facile toujours, et en toute occasion, de se procurer les pièces nécessaires pour la confection de l'appareil, sans beaucoup de frais ni de recherches.

Une fois appliqué, il embrasse exactement le pied, la jambe, la cuisse et le bassin; il en forme un tout continu, ferme et solide.

Le transport des blessés, si difficile dans maintes circonstances, ou impossible par les autres appareils de la fracture du col du fémur, constate dans ce cas, plus encore que dans les autres fractures, cet avantage de l'appareil inamovible; car les difficultés de transport ne sont pas assez bien appréciées peut-être, et on a cependant imaginé à cet effet différentes machines, avant ou après celle que Lafaye a fait connaître dans les Mémoires de l'Académie de Chirurgie.

Il ne faut pas craindre que les mouvemens inévitables au transport soient préjudiciables à l'appareil inamovible, si on ne néglige pas les conditions indiquées en pareil cas, parce que ce sont des mouvemens de totalité qui ne peuvent déranger les fragmens.

L'appareil inamovible offrirait enfin une ressource de guérison, quand tout autre méthode ayant échoué ne serait plus applicable.

Que l'appareil se relâche, son effet sera détruit; dès lors la tendance au déplacement est évidente, et le déplacement a lieu; le raccourcissement s'ensuit immédiatement; et si on n'y remédie à temps, la difformité pourra être considérable.

Voilà une objection qui me sera faite probablement.

Oui, je conviens qu'un aussi fâcheux résultat pourrait survenir, mais je me hâte d'ajouter qu'il ne surviendra point par la faute de l'appareil. C'est au chirurgien de l'appliquer avec les précautions, l'adresse et le temps nécessaires; c'est à lui d'obvier d'abord aux complications primitives, de réduire très-exactement la fracture, et de faire maintenir la réduction pendant tout le temps que dure l'application des pièces du bandage; c'est à lui ensuite de surveiller médicalement son malade, avant, pendant ou après la levée de l'appareil; c'est à lui, enfin, de garantir la consolidation par des soins consécutifs bien dirigés.

Avec de telles précautions, je le répète, les chances de cette méthode nous paraissent toutes favorables au traitement de la fracture du col du fémur.

Une seule objection que je ferais peut-être moi-même à l'appareil inamovible, serait de ne pas fixer toujours assez invariablement le bassin sur la cuisse. Mais cette objection n'est pas spécialement applicable à ce mode de traitement; elle s'adresse tout aussi justement aux procédés les plus compliqués, les plus mécaniques, pour ainsi dire, puisque Boyer en convient lui-même.

Quant aux objections qui peuvent être faites à l'appareil inamovible envisagé d'une manière générale, je ne crois pas devoir y répondre maintenant, parce que ni le temps, ni la spécialité de mon sujet ne me permettent de reproduire les argumens que j'ai soutenus ailleurs.

L'une des observations à laquelle M. Larrey attache le plus d'intérêt en faveur de sa méthode, se rapporte au lieutenant-général Fririon, aujourd'hui commandant des Invalides. Le général avait 55 ans lorsqu'il se cassa le col du fémur droit en 1819. La fracture constatée d'ailleurs par d'autres personnes de l'art, fut traitée par l'appareil inamovible sans le moindre accident consécutif. L'appareil fut levé provisoirement une seule fois vers le 16ᵉ jour; réappliqué aussitôt et levé definitivement au 75ᵉ jour. Le membre parfaitement intact dans toute son étendue avait conservé sa rectitude et sa conformation régulières, sauf un très-léger raccourcissement. Le général a marché successivement avec des béquilles, un béquillon, et une canne dont il ne se sert plus constamment; son pas est ferme, assuré depuis longtemps, et la claudication insensible.

Je pourrais ajouter à cette observation celle d'un aumônier de l'ex-garde, âgé de 80 ans, qui fut guéri aussi heureusement après autant de jours de traitement qu'il comptait d'années d'existence.

Je pourrais aussi, comme exemple de fracture avec complication, citer un ancien officier supérieur de cavalerie (M. de Klenwood), qui s'était fracturé le cal du fémur et le coude du même côté, et qui dut sa guérison à un double appareil inamovible.

Il me serait facile enfin d'emprunter des faits à la clinique des Invalides; mais c'est assez, je crois, pour appuyer nos raisons en faveur de cette méthode de traitement.

Quelle est maintenant la conclusion? la voici telle que je l'entends, sans la moindre prévention, telle enfin que je la soumets avec confiance aux juges de ce concours.

Si, d'une part, des moyens très-compliqués ne sont pas toujours parvenus à guérir les fractures du col du fémur; si, d'autre part, des moyens fort simples et ordinairement incomplets ont suffi quelquefois à cette guérison; si même elle peut avoir lieu dans certaines circonstances, lorsque la fracture est presque abandonnée à elle-même, n'est-il pas rationnel d'employer une méthode de traitement qui ne présente en réalité, ni les inconvéniens des moyens compliqués, ni l'insuffisance des moyens simples?

Pour nous, du moins, la question ne serait plus douteuse, et en la considérant d'une manière générale, mais non pas exclusive, nous répondrions que *l'appareil inamovible nous semble le meilleur traitement des fractures du col du fémur.*

FIN.



ANNALES

D'HYGIÈNE PUBLIQUE

ET

DE MÉDECINE LÉGALE.

OCTOBRE 1836. (4e TRIMESTRE.)

HYGIÈNE PUBLIQUE.

De la nostalgie à bord des navires de guerre; par M. JUSTIN SANTI.

Parmi les maladies qui désolaient nos anciens équipages, et que l'hygiène navale mieux appliquée, a rendu moins fréquentes à bord des navires de l'État, il en est une, qu'on n'observe plus très-souvent, il est vrai, mais dont les conséquences sont terribles, et à laquelle succombe ordinairement le matelot qui en est atteint. C'est la nostalgie (mal du pays).

Les marins des classes y sont très-peu exposés : nés sur les bords de la mer, une voile leur a servi de berceau, les grèves ont été le théâtre de tous leurs jeux, et habitués dès leur bas âge, à contempler l'horizon immense qui se déroule devant leurs yeux, témoins des scènes imposantes que présente une mer courroucée, des désastres malheureusement trop nombreux qu'occasionnent les tempêtes ; leur âme a grandi à ce spectacle sublime et terrible à la fois ; d'ailleurs, leurs années d'enfant se sont passées à la pêche, sur les bateaux de leurs pères, et c'est là qu'ils se sont formés à ce rude métier de marin. La mer devient indispensable à leur existence ; rester longtemps à terre, c'est végéter, disent-ils, et ils appellent vivre, eux, se bercer dans un hamac, au roulis d'un navire, supporter les fatigues et les privations que l'isolement d'un vaisseau, au milieu de la mer, entraîne nécessairement, surtout lorsqu'un ouragan, une tempête viennent l'assaillir, et que les hommes qui le montent, obligés de lutter avec les élémens, voient sous leurs pieds une mort à laquelle ne pourront les arracher ni leurs efforts, ni leur courage.

Aussi, n'est-ce pas de ces marins que nous voulons parler ; quoiqu'on voie quelquefois des matelots de classe atteints de nostalgie, c'est qu'il existe alors chez eux des sentimens plus forts que l'amour de la mer, sentimens que quelques mois de navigation affaiblissent, s'ils ne les font pas oublier entièrement.

On pourrait citer plusieurs exemples de marins nostalgiques, parmi les hommes voués a cette profession dès leur enfance, mais parmi ces exemples même, on en voit beaucoup chez qui la nostalgie n'est qu'une conséquence d'une affection organique, tandis que le contraire a lieu chez les marins de conscription. C'est parmi ces derniers que l'on observe fréquemment la maladie dont nous parlons.

Obligés par le sort de faire un service de plusieurs années, ces conscrits se voient arrachés aux paisibles travaux de leurs campagnes, à leurs affections les plus douces, pour être jetés dans un monde tout nouveau pour eux, *un navire* (1).

Tant qu'on les laisserait à terre, ils ne verraient dans le corps de la marine, que des soldats sous un autre uniforme ; mais dès qu'on les embarque, ces jeunes hommes qui n'ont jamais vu la mer et les flots qui paraissent engloutir leur caserne flottante ; qui n'ont jamais éprouvé ce balancement occasionné par le tangage et le roulis, ces hommes seront émus à la vue des côtes qui disparaissent à leurs yeux. L'idée de ne plus revoir leur patrie, leur famille, leur fait verser des larmes de regrets ; et lorsque le navire, ses voiles amarrées, se penchera sur une de ses bandes, et leur fera sentir le mouvement que lui impriment les vagues, le mal de mer commencera à les tourmenter ; ce mal qui se manifeste par des tournemens de tête, des vertiges, des vomissemens et une faiblesse générale, ne sert qu'à entretenir, et souvent à augmenter les regrets et l'affaissement moral qui les tourmentent déjà.

Un train de vie monotone, un travail rude, surtout pour eux que le découragement, l'ennui et le mal de mer ont déjà affaiblis, leur font éprouver une émotion, une sensation pénibles, d'où dérive cette tristesse profonde, et cette langueur qui les accablent et les rendent bientôt malades. L'ennui nostalgique semble porter de préférence son action sur les viscères hypocondriaques. La nutrition s'altère, le malade dépérit; le trouble nerveux d'abord concentré dans le cerveau, se fait sentir dans toutes les fonctions et amène de nombreux désordres. Les digestions sont désordonnées, il y a vomissement, anorexie, une anxiété pénible, et quelquefois on a remarqué le délire et des convulsions.

Il existe un sentiment de gêne vers le cœur, les spasmes de cet organe produisent des palpitations et des syncopes. La respiration est tantôt lente, tantôt précipitée, le plus souvent entrecoupée, et les mouve-

(1) Nous ne parlons pas ici des navires marchands, où tout l'équipage est formé de marins de profession, matelots par vocation.

mens d'inspiration ne se faisant, pour ainsi dire, qu'en plusieurs temps, sont suivis d'une longue expiration. Enfin, au milieu de ces troubles, la fièvre s'allume, et le malade succombe. Nous ne disons pas que tous les nostalgiques présentent les mêmes symptômes, il en est chez lesquels les moyens de distraction, quelques égards, et surtout l'amitié d'un bon camarade, peuvent produire un changement heureux, mais nous avons dû décrire la nostalgie en général; maintenant nous allons citer quelques faits.

Pendant la campagne que la frégate *la Médée* fit aux Antilles, en 1828, on a vu un jeune homme de 21 ans, atteint d'une gastro-entérite, qui se développa sourdement, et qui n'était due qu'à l'ennui nostalgique qui minait le malade depuis son départ de Brest. Pendant les croisières, on le déposa à l'hôpital du Fort-Royal, et cinq mois après, on le reprit pour retourner en France, il était réduit alors à l'état de marasme. Des soins empressés, des consolations et l'espoir de revenir au sein de sa famille, l'avaient ranimé un peu, sa gaîté commença à renaître; l'appétit revenait avec les forces, mais il succomba tout à coup, quelques jours avant l'arrivée en rade.

Nous avons vu nous-mêmes deux jeunes gens, nés dans l'intérieur du Haut-Languedoc, succomber à l'ennui nostalgique, le premier après trois mois de souffrances, et le second au bout de huit mois. On avait l'espoir de sauver celui-ci, lorsque quelques chansons chantées dans l'idiome de son pays, vinrent rappeler à son esprit tous ses souvenirs et ses regrets, et le plongèrent dans un état de langueur qui amena tous les désordres que nous avons signalés plus haut. Il en est même, chez lesquels la nostalgie a fait quelquefois développer le scorbut.

Bien d'autres exemples pourraient être cités, mais nous nous contenterons d'ajouter quelques mots sur le traitement et les causes de la nostalgie.

Le traitement de cette maladie doit être tout moral, car en essayant de combattre les ravages qu'elle exerce sur les organes, on ne peut se dissimuler que les ressources de la thérapeutique ne sont presque jamais d'aucune utilité.

Inspirer de la confiance au malade, l'obliger à force de soins et de bienveillance à épancher ses douleurs, lui prodiguer des consolations, le tromper même, s'il le faut, en lui donnant l'espoir d'un prochain retour, tel est le but que doit avoir le chirurgien de marine appelé à soigner des malades en proie au chagrin nostalgique. Il n'est malheureusement que trop vrai, que les conseils, les consolations, les soins de l'amitié ne peuvent réussir le plus souvent, auprès des individus livrés à cette affection. Cependant, si l'on obtient quelques succès, si le malade laisse l'espoir de le sauver, il faut le recommander alors à quelque camarade qui ait sa confiance, et qui l'amène insensiblement à partager ses travaux et ses plaisirs. Il faut tâcher de ne le laisser jamais seul, et lui éviter, dans les commencemens, le service si pénible à bord; il finira par s'habituer à la vie de marin, et peu à peu il remplira ses devoirs avec une douce résignation, souvent même avec gaîté.

Dans certaines circonstances, la seule chance qu'on ait de sauver le malade, c'est de le renvoyer du service maritime, ou bien de le laisser à terre; il suffit quelquefois pour le guérir, de provoquer au plutôt son retour.

Tels sont les moyens que l'on emploie généralement pour guérir les nostalgiques. Si l'on n'aperçoit aucune amélioration dans leur état, si toutes les distractions et les consolations que l'on peut trouver à bord d'un navire n'exercent aucune influence sur le malade, on le voit dépérir chaque jour de plus en plus, et nul doute qu'il succombera bientôt. —Une chose digne de remarque, c'est que les mêmes moyens produisent des effets différens, suivans les individus; ainsi on réussit à calmer l'ennui de quelques hommes en leur parlant de leur pays, en leur rappelant certains souvenirs, tandis que chez d'autres, ce moyen ne sert qu'à aggraver leur mal.

Dans l'étimologie du mot nostalgie, on trouve la cause première et ordinaire de la maladie; il en est d'autres qui peuvent lui donner naissance, ou du moins qui peuvent hâter son développement : la crainte du danger, la fatigue d'un travail rude et prolongé, les mauvais traitemens dans les premiers temps de service. Il serait à désirer qu'on adoucît les réglemens de bord, et qu'on en bannît le châtiment le plus pénible pour un homme, *les coups;* car cette manière de punir un matelot, l'irrite au lieu de le corriger, et souvent elle est la cause d'une tristesse concentrée, qui le fait travailler avec dégoût, si elle ne le rend pas malade.

En 1830, lors de l'expédition d'Alger, à bord de la corvette de charge *le Finistère*, on commanda de hisser les bonnettes basses et les bonnettes de hunne : chacun est bientôt à son poste; le sifflet du contre-maître se fait entendre, et les *bout-dehors* durent s'allonger aux extrémités de la vergue. Le gabier de babord n'ayant pas exécuté sa manœuvre au même instant que le gabier de tribord, fut puni de vingt-cinq coups de corde. Ce matelot fut tellement impressionné de ce châtiment, qu'il regretta plus que jamais son port marchand, son brick du commerce et ses affections de famille : il ne travaillait plus qu'avec dégoût, et il ne fallut rien moins que les soins assidus et les consolations du chirurgien-major, pour le ramener à son état normal. Un fait semblable eut lieu à bord d'une frégate faisant le voyage autour du monde; mais cette fois, les suites furent plus funestes, car le matelot tomba dans un état de langueur, qui ne lui permit pas de continuer son service, et le retint longtemps sur le cadre.

Chez les marins de conscription, ces punitions ont plus d'influence, et ils résistent rarement à la douleur de se voir injurier et frapper. Aussi, la nostalgie se développe-t-elle d'une manière plus rapide si, à l'ennui qu'éprouvent déjà ces matelots, vient se joindre la cause secondaire dont nous parlons.

Du reste, lorsqu'on fait une levée de marins sur nos côtes, ils se rendent à regret et le plus tard possible au lieu de leur destination, et on peu attribuer cette répugnance, surtout chez les méridionaux, à la crainte de ces châtimens en usage à bord des navires de l'État,

châtimens qu'on fera disparaître peu à peu des réglemens de bord, et qui effraient d'autant plus le conscrit marin, qu'il n'est pas habitué encore au rude métier de la mer.

On a déjà tant fait pour améliorer la condition de nos marins, que nous ne pouvons croire qu'on s'arrête là. On cherchera sans doute à adoucir de plus en plus le sort de ces hommes, qui, tous les jours, sont obligés de disputer leur vie aux élémens, et qui, pendant 40 ans d'une vie laborieuse, sont soumis à l'appel de la patrie (1).

Rapport sur les inconvéniens qui peuvent résulter de l'emploi du cuivre dans la construction des cheminées, adressé à M. le baron Méchin, préfet du département du nord; par M. Kulhmann.

Janvier, 1836.

Monsieur le préfet,

Une plainte vous a été adressée le 13 juillet dernier par le sieur Dhont, maître-charron à Roubaix, à l'occasion des inconvéniens qui résultaient pour lui du voisinage de son habitation, d'une cheminée surhaussée par un large tuyau en cuivre. A plusieurs reprises, le plaignant avait remarqué qu'il était tombé du haut de sa propre cheminée, s'ouvrant au-dehors, à côté du tuyau de cuivre en question, de la suie, qui par son contact avec les alimens qu'il faisait préparer, leur communiquait une teinte verte et un goût désagréable, ce qui lui avait fait présumer la présence d'une certaine quantité de vert-de-gris dans cette suie. L'attention de l'administration devait être d'autant plus vivement excitée par ces plaintes. que les mêmes circonstances pouvaient se présenter ailleurs; les faits dénoncés étaient surtout d'une grande gravité à Roubaix, où il existe un grand nombre de cheminées en cuivre, et où faute d'eau de puits en quantité suffisante, on fait un usage assez général des eaux pluviales tombées sur les toits des habitations, et recueillies dans des citernes.

Dans cette circonstance, vous avez jugé convenable, monsieur le préfet, de prendre l'avis du conseil central de salubrité du département, qui délégua un de ses membres pour s'assurer sur les lieux, de la réalité des faits signalés. Le rapport de ce conseil adopté dans sa séance du 3 août dernier, vous fit reconnaître que les plaintes du sieur Dhont étaient fondées, et que des dangers réels pouvaient résulter de l'usage des cheminées en cuivre.

Par suite de ce rapport, vous avez cru nécessaire de signaler cet objet à l'attention de M. le ministre du commerce, en le priant de vouloir bien provoquer une ordonnance royale pour interdire l'emploi du cuivre dans la construction des cheminées. M. le Ministre ayant désiré que les faits dénoncés fussent l'objet d'une nouvelle vérification, vous avez nommé une commission spéciale à l'effet de s'assurer :

1° Si, sur les toits des maisons voisines des cheminées surmontées de tuyaux de cuivre, on trouve réellement des traces d'oxide de cuivre.

2° Si les eaux recuillies sur ces sortes de toits en renferment des quantités sensibles, et si on en trouve au fond des citernes où ces eaux sont recueillies.

Cette commission, qui m'a chargé d'être son organe auprès de vous, s'est acquittée de sa mission avec toute l'attention que mérite une question qui touche de si près à la santé publique (1).

Pour être à même de répondre aux questions que vous lui avez posées, elle a cru nécessaire d'examiner quelles dispositions locales résultaient de la construction de la cheminée, qui avait provoqué les plaintes du sieur Dhont afin de s'assurer si quelque cause particulière n'avait pas pu influer sur les résultats signalés. Aux questions que vous aviez posées, venaient s'en joindre d'autres en grand nombre, et qu'il était utile de résoudre. En effet comment comprendre que de l'oxide ou du carbonate de cuivre aient pu être entraînés en assez grande quantité à travers un tuyau de cuivre, pour qu'en retombant dans une cheminée voisine, ils aient pu occasionner les inconvéniens dont s'était plaint le sieur Dhont? Cet oxide était-il produit dans l'intérieur de la cheminée de cuivre? où s'était-il détaché de sa surface extérieure par les dilatations et contractions successives du métal? où enfin n'existait-il pas dans la cheminée du plaignant lui-même, une cause qui pouvait expliquer les résultats observés?

Le premier soin de la commission a été de s'assurer sur les lieux des situations respectives de la cheminée du sieur Dhont et de celle surmontée d'un tuyau en cuivre, appartenant au sieur Degrandel, filateur.

Les deux cheminées dont il s'agit sont accolées l'une à l'autre, et séparées par un mur mitoyen; elles débouchaient à une hauteur égale d'environ 1 mètre 30 centimètres au-dessus du toit, ne présentant entre elles qu'une maçonnerie d'une demi-brique, lorsque le sieur Degrandel, tant pour obtenir dans ses foyers un tirage suffisant, que pour se soumettre aux conditions imposées par l'administration à la mise en activité d'une machine à vapeur nécessaire à son usine, a surhaussé le conduit de cheminée qui lui appartenait, par un tuyau de cuivre d'environ 8 mètres de hauteur.

En examinant les cendres et la suie tombées de la cheminée du sieur Dhont, il ne fut pas difficile d'y reconnaître la présence d'un sel de cuivre soluble, en assez grande quantité pour colorer l'eau avec laquelle on le mettait en contact. Cette suie exposée à l'air humide, présentait des parties distinctes colorées en vert. Cette matière pouvait être tombée dans la cheminée du sieur Dhont, entraînée par le courant établi dans la cheminée

(1) Voyez, pour tout ce qui concerne l'hygiène des marins, l'excellent ouvrage de M. C. Forget, *Médecine navale,* Paris, 1832, 2 vol. in-8.

(1) Cette commission était composée de MM. Delezenne, Bailly et Kuhlmann, rapporteur.



voisine, et précipitée par sa pesanteur, comme elle pouvait être le résultat d'une altération extérieure du tuyau de cuivre. Pour fixer nos idées sur ce point, nous avons examiné le couronnement de la cheminée en maçonnerie; aucune trace apparente d'oxide de cuivre n'a pu être aperçue sur la maçonnerie; le tuyau de cuivre n'était que très-peu altéré par oxidation; aucune écaille d'oxide ne s'en était détachée; mais il était facile de reconnaître à la vue que, par les joints des feuilles de cuivre, il s'était écoulé au dehors une matière liquide, qui s'était desséchée avant d'arriver au bas du tuyau, et y avait laissé des traces d'un vert foncé. Jusque alors aucune circonstance n'avait pu servir à expliquer comment la suie de la cheminée du sieur Dhont pouvait être chargée d'une si grande quantité de sel de cuivre. Nos idees se fixèrent à cet égard, lorsque après avoir fait démolir une partie de la cheminée du sieur Dhont, nous parvînmes à nous assurer de quelle manière le tuyau de cuivre du sieur Degrandel avait été fixé dans la maçonnerie; nous nous assurâmes que ce tuyau de cuivre, d'un diamètre plus grand que n'était l'ouverture de la cheminée du sieur Degrandel, dépassait les bords de cette dernière, de manière à s'ouvrir en partie à sa base, dans l'intérieur de la cheminée du sieur Dhont. Il existait une communication de la largeur de deux doigts entre les deux cheminées; en portant la main dans cette ouverture, il en sortit une grande quantité de suie mêlée de cendres blanches; l'intérieur du tuyau de cuivre était tapissé d'une croûte friable poreuse, et formée d'une infinité de paillettes brillantes blanches qui, examinées à la loupe, dénotaient une cristallisation régulière. Cette cendre et ces croûtes cristallines, exposées à l'air, se coloraient en bleu; les cristaux se dissolvaient entièrement dans l'eau, et donnaient une dissolution d'un bleu d'azur.

Les résultats analytiques les plus décisifs ont permis de constater que ces cristaux consistaient en sulfate de cuivre anhydre.

Conduits ainsi à une explication toute satisfaisante des inconvéniens observés par le sieur Dhont, il nous restait à examiner sous le rapport théorique, la production assez extraordinaire d'une grande quantité de sulfate de cuivre anhydre dans un tuyau de cuivre servant de cheminée. Après nous être assurés que ce résultat ne pouvait être attribué à aucune circonstance particulière du travail de fabrication du sieur Degrandel, nous avons dû en rechercher la cause dans l'emploi de la houille, comme combustible. Voici comment ce phénomène nous semble devoir être envisagé.

La houille contient des quantités variables de pyrites (bisulfure de fer); ce produit, à une température élevée, se transforme en monosulfure en abandonnant la moitié de son soufre. Par une alimentation bien conduite des foyers, ce soufre se brûle et passe à l'état d'acide sulfureux; mais au moment du chargement, si le foyer reçoit une grande quantité de combustibles à la fois, la quantité d'oxigène qui passe par la grille est insuffisante, ou la température s'abaisse trop pour permettre l'inflammation des gaz et une partie du soufre s'échappe à l'état d'hydrogène sulfuré, ou de soufre en vapeur. Cet hydrogène sulfuré ou ce soufre ou vapeur, en passant par le tuyau de cuivre, convertit une partie de ce métal en sulfure. La transformation du sulfure de cuivre en sulfate s'explique facilement par l'influence de l'air, qui pendant la nuit, passe à travers la cheminée; cette transformation présente toutefois cela de remarquable, que le sulfate produit affecte l'état cristallin (1).

Après avoir constaté la présence du sulfate de cuivre en grande quantité dans l'intérieur du tuyau de cuivre, nous avons cherché à nous assurer si une partie de ce sel pouvait être entraînée au dehors par le courant. Ces recherches ont pu avoir lieu dans le domicile même du sieur Dhont. Nous n'avons remarqué aucune trace extérieure bleue ou verte sur le massif de maçonnerie qui avait reçu le tuyau de cuivre, ni sur le toit dans les parties avoisinant la cheminée. Notre visite ayant eu lieu peu de temps après une pluie assez abondante, il était permis de présumer que le sulfate de cuivre qui aurait pu s'échapper, avait été entraîné à l'état de dissolution dans une citerne établie dans la cour. L'analyse de l'eau de cette citerne nous a confirmés dans cette opinion. Les réactifs n'ont aucune action directe et immédiate sur cette eau, mais le produit de l'évaporation d'un litre de ce liquide, nous a permis de nous assurer de l'existence du sulfate de cuivre, dont nous ne pouvons toutefois évaluer la quantité au-delà d'un cent millième, quantité qui nous a paru insuffisante pour pouvoir, par l'emploi de cette eau aux usages domestiques, occasionner le moindre danger. Mais le fait que nous signalons n'en est pas moins grave; car il est à remarquer que la citerne du sieur D'hont, contenant environ 120 hectolitres, renfermait environ 120 grammes de sulfate de cuivre, et que si, au lieu d'être d'une si grande capacité, cette citerne avait été construite sur une plus petite échelle, elle aurait pu contenir les 120 grammes de sulfate dans une quantité de liquide, telle que le sel vénéneux eût pu avoir une influence funeste sur la santé des personnes qui auraient fait usage de cette eau. Ce résultat aurait lieu inévitablement dans la saison où les eaux pluviales sont rares, et pour le cas aussi où la citerne eût été disposée de manière à ne recevoir que les premières eaux pluviales, à raison de sa faible capacité.

Des taches vertes observées sur des pièces de bois placées dans la cour du sieur Dhont, et qui étaient dues au dépôt d'une certaine quantité de sel de cuivre, mêlé à du noir de fumée, ainsi qu'il a été constaté par les réactifs, nous ont donné une nouvelle preuve de l'é-

(1) Je n'ai encore observé le sulfate de cuivre anhydre à l'état de cristaux que dans les ateliers destinés à l'affinage des matières d'or et d'argent, où se sulfate est obtenu comme résidu; il se dépose à l'état de cristaux blancs ou légèrement colorés en jaune, pendant le refroidissement des dissolutions de ce sel dans une grande quantité d'acide sulfurique concentrée. (*Note du rapport.*)

mission par la cheminée d'une certaine quantité de sulfate de cuivre, entraînée par le courant. Après avoir constaté ces faits dans le domicile dû sieur Dhont, nous avons examiné la cendre déposée au pied de la cheminée du sieur Degrandel. Cette cendre était fortement chargée de sulfate de cuivre. Des essais chimiques ont eu lieu encore sur les cendres des cheminées surhaussées en cuivre du sieur Madaud, rue Neuve, à Roubaix, du sieur Delerue, aîné, rue du Galon d'Eau, dans la même ville, du sieur Adolphe Yon, rue du Maire, et du sieur Le Sellier, rue des Bouchers, tous deux à Lille; dans toutes nous avons reconnu le sel de cuivre en assez grande quantité pour colorer l'eau en un beau bleu par le seul contact; partout le cuivre était à l'état de sulfate.

Nous avons soumis aussi à des essais de l'eau recueillie chez le sieur Dupuis-Demay, le plus proche voisin du sieur Delerue, et dont le toit est situé sous la cheminée de la machine à vapeur de ce dernier. Cette eau avait été recueillie dans un tonneau: elle était chargée d'une plus grande quantité de sulfate de cuivre que celle puisée dans la citerne du sieur Dhont.

L'examen chimique de l'eau d'une citerne recevant les eaux pluviales des toits voisins de la cheminée du sieur Madaud, à Roubaix, ne nous a pas fourni de caractère suffisamment positif de la présence du cuivre. Aucune trace de sel de cuivre n'a été reconnue dans l'eau d'une citerne appartenant à madame veuve Prouvost, dont la maison est séparée de celle du sieur Degrandel par l'habitation du sieur Dhont, et dont le toit est plus élevé. Ce dernier essai a été fait dans le but de nous assurer si, par le courant établi dans les cheminées en cuivre, le sulfate pouvait être entraîné à une distance considérable de la cheminée où il s'était produit.

Là, s'est terminé, monsieur le préfet, l'examen de la question qui nous était soumise; nous eussions pu répéter nos essais sur les quatorze cheminées en cuivre qui ont été établies à Roubaix; mais nous avons pensé inutile de pousser plus loin nos investigations, et de retarder encore par de plus nombreuses analyses chimiques l'envoi de notre rapport.

Pour terminer notre mission, il nous reste à répondre catégoriquement aux diverses questions qui nous ont été posées dans votre lettre du 20 octobre dernier. Voici les conclusions auxquelles nous avons été conduits par nos recherches :

« Les cheminées de cuivre éprouvent par leur usage, lorsqu'elles servent à accélérer le tirage des foyers alimentés par la houille, une prompte altération; il s'y développe contre les parois intérieures, une croûte de sulfure de cuivre, qui passe à l'état de sulfate anhydre, et qui, dans cet état, est facilement entraîné au dehors par le courant, et retombe sur les toits environnans. Les eaux pluviales dissolvent ce sel, et le conservent en dissolution dans les citernes destinées à les recevoir. Les eaux de ces citernes peuvent contenir des quantités variables de sulfate de cuivre, suivant l'exposition des toits dont l'écoulement les alimente, la direction du vent, et surtout aussi suivant la capacité des citernes. Le sel de cuivre entraîné dans les citernes étant dissous, aucune partie de ce sel ne se dépose de préférence au fond. »

Nous pensons, monsieur le préfet, qu'à cet exposé devait se borner le mandat que vous nous avez confié; nous désirons avoir satisfait aux termes et à l'intention de votre lettre du 28 octobre dernier, dictée par votre grande sollicitude pour la salubrité publique, placée sous votre tutelle.

MÉDECINE LÉGALE.

Mémoire médico-légal sur l'infanticide. Examen de cette question : Pendant combien de temps un enfant doit-il être considéré comme enfant nouveau-né? par le docteur Ollivier (d'*Angers*), membre de l'Académie royale de Médecine, etc.

Il n'est aucune question dans l'histoire de la médecine légale qui ait été l'objet d'un plus grand nombre de recherches et d'expériences, que celle qui a rapport à l'infanticide; et, quand on considère tous les élémens qui peuvent concourir à sa solution, on n'est plus étonné de la multiplicité des travaux publiés sur ce sujet. En effet, toutes les questions relatives à la grossesse, à l'accouchement, à l'avortement, aux blessures, à la putréfaction, s'y rattachent plus ou moins directement; le médecin-légiste a besoin de s'éclairer des lumières que fournissent l'embryogénie, l'anatomie normale et anormale du fœtus, et l'étude des maladies qui se développent pendant la vie intra-utérine : enfin, toutes les conditions qui influent sur la viabilité de l'enfant, tels sont les points nombreux qui réclament ici un examen approfondi.

Comme on le voit, la question de l'infanticide est très-complexe : de là, les difficultés dont elle est souvent entourée, de là aussi ce concours de recherches entreprises dans le but de dissiper toutes les causes d'obscurités, inhérentes au sujet lui-même ou dépendantes des circonstances variées dans lesquelles le crime peut être commis.

La fréquence de l'infanticide n'a pas été non plus sans influence sur la multiplicité des travaux acquis aujourd'hui à la science; nul doute que ces exemples réitérés du même fait ont conduit à en faire étudier avec plus de soin les moindres détails. Cependant il est une question première qui reste encore à résoudre; il faut ici une définition précise de laquelle dépend l'application juste de la loi, définition que le législateur n'a pas donnée, et dont l'absence, dans le code qui nous régit, a été plus d'une d'une fois la source d'interprétations erronées. Eh! bien, aucun auteur, que je sache, ne s'est attaché jusqu'ici à donner cette définition précise, qui seule doit fixer la qualification du crime d'infanticide, qui conséquemment, peut seule décider du degré de pénalité que la loi inflige au coupable; en un mot, per-

sonne n'a cherché à résoudre cette question première :

Pendant combien de temps un enfant doit-il être considéré comme enfant nouveau-né?

C'est cette lacune dans l'histoire de l'infanticide que je viens signaler, et que le médecin-légiste est appelé à remplir, car c'est à lui qu'il appartient de poser les limites dans lesquelles on doit restreindre l'acception du mot *nouveau-né*. Ainsi se trouve justifiée cette partie de la définition de la médecine légale, qui indique toute la part que cette science peut avoir non-seulement dans l'interprétation, mais encore dans la composition de certaines lois.

La solution de cette question étant particulièrement nécessaire aux magistrats chargés de l'administration de la justice criminelle, on comprend que ce soient eux surtout qui aient été frappés du vague de cette expression (nouveau-né), et qu'ils aient senti le besoin d'en voir fixer la définition. Ce sont, en effet, les observations qui m'ont été adressées à ce sujet par un magistrat fort éclairé, appelé depuis longtemps à la présidence des cours d'assises (1), qui m'ont engagé à étudier cette question, et à émettre mon opinion sur la manière dont elle peut peut être résolue.

Une interprétation semblable ne doit pas être basée sur des considérations susceptibles de fournir matière à discussion, ou appuyée sur quelques points de doctrine : ici, l'autorité d'un nom qui dominerait dans la science, ne peut être invoquée. La question doit trouver sa réponse dans le fait lui-même que le médecin est appelé à examiner ; mais il faut que cette réponse y soit écrite en caractères qu'on ne puisse méconnaître, qui parlent aux yeux du vulgaire lui-même, et qui se rattachent, s'il est possible, à quelque circonstance matérielle dont l'existence *constante*, soit indépendante de toute opinion scientifique. C'est avec des élémens de cette nature que je comprends qu'une solution aussi importante doive être donnée. Je ne puis mieux en faire sentir à la fois toute la nécessité et la gravité qu'en résumant d'abord les remarques très-judicieuses qui m'ont été communiquées.

La question de savoir si un enfant doit être considéré ou non comme *nouveau-né*, est d'abord celle qu'il s'agit de résoudre en matière d'infanticide; car de sa solution peut dépendre la vie d'un accusé, la peine capitale étant applicable à quiconque est déclaré coupable du meurtre d'un enfant *nouveau-né*, tandis qu'une peine moindre, celle des travaux forcés à perpétuité, est prononcée contre l'auteur du meurtre *de tout autre individu qu'un enfant nouveau-né!* En effet, l'art. 300 du Code pénal, qualifie infanticide, le meurtre d'un enfant *nouveau-né*, et l'article 302 du même Code prononce la peine de mort contre tout coupable d'infanticide, sauf le cas où le jury déclare qu'il existe des circonstances atténuantes en faveur de l'accusé ; mais ce cas est *exceptionnel*, et ne change rien à la question (Art. 463 du Code pénal.)

(1) M. Naurays-Ladavière, conseiller à la cour royale d'Angers.

L'article 304 du même Code, punit de la peine des travaux forcés à perpétuité, seulement, l'auteur du meurtre simple, c'est-à-dire, qui est dégagé des circonstances aggravantes énumérées dans ce même article 304, et qui sont : d'être précédé, accompagné ou suivi d'un autre crime, ou d'avoir pour objet, de préparer, faciliter ou exécuter un délit, soit de favoriser la fuite ou d'assurer l'impunité des auteurs ou complices de ce délit.

On voit d'après la teneur de ces différens articles, combien il importe qu'on exprime d'une manière précise ce qu'on doit entendre par *nouveau-né*. Des criminalistes est des médecins-legistes, interrogés sur cette question, ont jusqu'à présent émis des opinions très-différentes, et basées sur des raisons très-diverses. Les premiers ont pensé que le meurtre d'un enfant ne pouvait être qualifié *infanticide*, qu'autant que cet enfant *venait de naître*, admettant ainsi la définition de la plupart des Lexiques, qui n'est que la traduction grammaticale du mot *nouveau-né*. Il paraît que c'est aussi celle qu'adopte M. Marcel de Serres, auteur du *Manuel des cours d'assises ;* il discute bien la question qui nous occupe (t. III, p. 365), mais il ne dit pas si l'enfant qui a *trois heures* d'existence, par exemple, est considéré comme *venant de naître*. Comment qualifiera-t-on celui dont une femme est accouchée depuis *six heures, douze heures, ou plus ?* et ; en effet, d'autres jurisconsultes pensent qu'il faut regarder comme *venant de naître* l'enfant qui n'est-âgé que de *vingt-quatre heures*, de *trente-six heures;* suivant d'autres, l'enfant doit être considéré comme *nouveau-né* pendant *trois jours*, parce que la loi (Code civil, article 55) fixe ce délai pour faire à la marie la déclaration de la naissance de l'enfant. Mais si cette loi venant (comme bien d'autres) à être modifiée, accordait un délai d'un, deux ou trois ans, l'enfant âgé de trois ans moins un jour, serait donc encore un enfant *nouveau-né?* interprétation tout à fait inadmissible. M. Marcel de Serres paraît penser que la médecine ne peut fournir aucun document propre à décider la question, attendu les qualifications données à certaines maladies, qualifications admises généralement, et consacrées dans la science ; ainsi, dit-il, les médecins désignent sous le nom d'*ictère du nouveau-né* une affection *qui dure plus d'une semaine* après la naissance (*loc. cit.*, t. III, p. 366); d'où il suit que, selon cet auteur, un enfant de *sept jours* ne serait plus un enfant *nouveau-né*.

Ces observations suffisent pour démontrer toute la divergence d'opinion des criminalistes sur l'interprétation légale du mot *nouveau-né*. Voyons ce qu'en pensent les auteurs qui ont écrit sur la médecine légale. Aucun d'eux, que je sache, ne s'est même occupé de cette question, quoique plusieurs aient fait remarquer le vague de l'expression *nouveau-né*, en définissant le mot infanticide, et en en bornant l'application au meurtre d'un enfant *né-vivant ou prêt à naître* (1), ou [illegible]

(1) Mahon, *Encyclopédie méthodique* art. *infanticide*.



de naître (1). Chaussier avait-il en vue quelques-unes des conséquences qui peuvent résulter de l'insuffisance de ces définitions, quand, dans le but de prévenir les inhumations clandestines d'enfans nouvellement nés, il proposait (2) qu'on arrêtat comme mesures générales dans les municipalités, qu'il n'y aurait aucuns frais d'inhumation pour les enfans qui naîtraient morts, ou *qui périraient dans la huitaine après l'accouchement?* Après avoir fait remarquer, comme Chaussier, que le mot *infanticide* signifie meurtre d'un enfant, *quel que soit son âge*, M. Orfila en restreint l'acception médico-légale à la désignation du meurtre d'un enfant nouveau-né: à ce sujet, il fait observer très-judicieusement que le Code pénal ne mentionne pas le meurtre d'un *enfant naissant,* quoique évidemment on doive encourir la même peine que lorsqu'on tue un enfant qui vient de naître (3). Là se bornent ses réflexions sur le texte de l'article 300 du Code pénal.

M. Marc, également frappé du sens trop général du mot *infanticide*, qui s'étendrait ainsi à tous les cas d'homicide, veut qu'on ne qualifie de la sorte que le meurtre d'*un fœtus viable;* meurtre commis immédiatement *ou peu de temps après l'enfantement* (4). Enfin, M. Devergie (5) signale aussi le peu de précision du texte de l'article 300 du Code pénal, et il demande : « Qu'est-ce que le législateur a entendu par l'expres- » sion *nouveau-né?* Est-ce l'enfant né depuis *une* » *heure, un jour, un ou plusieurs mois?* » Pour répondre à cette question, il se borne à citer un arrêt de la Cour suprême de Bruxelles portant qu'un enfant né depuis *quatorze jours*, ne doit plus être considéré comme enfant nouveau-né. Je rapporterai tout à l'heure le texte de cet arrêt.

Certes, cette détermination est préférable à l'incertitude des définitions données jusqu'ici. Mais sur quelle base la Cour suprême de Bruxelles s'est-elle appuyée pour fixer cette limite? Ne peut-il pas se présenter d'autres cas dans lesquels une semblable période de temps ne soit pas en rapport avec les circonstances au milieu desquelles le crime aurait été commis? Si l'enfant n'avait eu que *six jours* d'existence, par exemple, quelle eût été la décision de la Cour? Je le répète, puisque le silence de la loi oblige à une interprétation du sens attaché au mot *nouveau-né* rien ne doit être ici abandonné à l'arbitraire : il faut que la définition légale de ce mot repose sur des caractères matériels qui ne puissent prêter à l'équivoque.

On voit d'après ce qui précède que les médecins-légistes, comme les jurisconsultes, ont jusqu'à ce jour laissé la question complétement indécise. Les faits que je vais rapporter, démontreront combien il est nécessaire d'en donner une solution claire et définitive.

PREMIER EXEMPLE.

Le 4 avril 1822, la fille Strumann, accouche dans un hospice, d'un enfant qui est inscrit sur les registres de l'état civil. Le 18 du même mois, elle donne la mort à cet enfant.

Devant la Cour d'assises de Liége, le ministère public pose la question de culpabilité en ces termes :

« Jeanne Strumann est-elle coupable d'avoir, le 18 » avril 1822, commis volontairement un homicide sur » un enfant *nouveau-né?* »

L'avocat de l'accusée demande que les mots *nouveau-né* soient retranchés de la question. La Cour ne statue pas sur cette réclamation.

Pourvoi: 1° pour violation de l'article 408 du Code d'instruction criminelle, en ce que la Cour avait refusé de prononcer sur la demande, tendant à ce que les mots *nouveau-né* soient retanchés de la question;

2° Pour fausse application de l'article 300, et violation des articles 302 et 304 du Code pénal, en ce qu'on aurait appliqué la peine de l'infanticide au meurtre d'un enfant qui n'était pas nouveau-né.

Arrêt. La Cour suprême de Bruxelles, vu les articles 300 du Code pénal, 408 du Code d'instruction criminelle, et l'article 2 de l'arrêté du 6 novembre 1814 : attendu, sur le premier moyen, etc.; attendu, sur le deuxième moyen, que l'enfant dont il s'agit était né dans un établissement public, et avait été inscrit sur les registres de l'état civil, sous le nom de sa mère: que dans ces circonstances, *et après quatorze jours de vie*, on ne pouvait plus, dans le sens de l'article 300 du Code pénal, le considérer *comme un enfant nouveau-né*, de l'existence duquel on avait voulu anéantir les traces, etc... La Cour casse et anulle...

M. Dalloz a rapporté cet arrêt dans son Recueil, sans aucun commentaire, et en ces termes : L'enfant né dans un établissement public, inscrit sur les registres de l'état civil, et *âgé de quatorze jours, n'est plus un enfant nouveau-né* dans le sens de l'article 300; en conséquence, sa mère, en lui donnant volontairement la mort ne commet pas le crime d'infanticide proprement dit, mais se rend coupable d'un simple meurtre (t. XII, p. 964.)

Mais il est évident, comme je l'ai déjà fait remarquer, que cette décision ne pourrait tout au plus être applicable à l'avenir qu'à un cas identique à celui dont il s'agit. En outre, on voit qu'ici l'absence de toute dissimulation de la grossesse et de l'accouchement de la part de la mère, est une circonstance dont il a été bien tenu compte, et qu'on a rapprochée de l'âge de l'enfant. Ainsi, l'arrêt a été motivé en partie sur un fait étranger

---

Mahon, *Médecine légale et police médicale, avec quelques notes du citoyen Fautrel.* Paris et Rouen, 1801, in-8, 5 vol.

(1) Fodéré, *Traité de médecine légale et d'hygiène publique*. etc. tome IV p. 453.

(2) Lecieux, *Considérations médico-légales sur l'infanticide.* Thèses de Paris, réimprimées en 1 vol. in-8, Paris, 1819, [illegible] 4.

(3) *Leçons de médecine légale.* Paris, 1823, in-8; *ibid.* 1827, in-8; *ibid* 1836, in-8, 3 vol., t. II, p. 126.

(4) *Dict. de méd.* art. *infanticide.* Année 1825, 1re édit.

(5) *Médecine lég. théorique et pratique.* Paris 1836, in-8. T. 1, p. 484.

à l'enfant lui-même, en ce sens qu'il n'a trait aucunement aux raisons d'après lesquelles la Cour a prononcé que l'enfant *n'était plus nouveau-né après quatorze jours d'existence*.

Dans le cas suivant, nous allons voir le ministère public, admettre, au contraire, que *pendant un mois* un enfant doit être qualifié *nouveau-né*. Les détails de cette affaire, importante par les conséquences qui ont résulté de l'interprétation du mot *nouveau-né*, m'ont été communiqués par M. Naurays-Ladavière. Les débats eurent lieu devant une Cour d'assises d'un des départemens de l'Ouest. Les faits remontent à l'année 1823.

DEUXIÈME EXEMPLE.

La fille G...., domestique chez un cultivateur de la commune de Saint-B..... fut soupçonnée d'avoir une intrigue avec un jeune homme des environs. Bientôt quelques symptômes de grossesse se manifestèrent, on lui en parla, mais elle soutint toujours qu'elle n'était pas enceinte. Au bout d'un certain temps son embonpoint disparut sans que sa santé parût altérée. Elle ne cessa pas de vaquer à ses travaux ordinaires, et l'on crut qu'on s'était trompé à son égard. Cependant les soupçons n'étaient pas tout à fait dissipés; la police judiciaire continuait ses recherches, et après un mois de perquisitions, on découvrit dans un fossé plein d'eau, le corps d'un enfant du sexe masculin. L'examen, qui en fut fait avec soin, fit reconnaître qu'il avait vécu et qu'il était mort par strangulation. L'instruction qui suivit, produisit des preuves convaincantes de la culpabilité de la fille G....

Devant le jury, et après plusieurs dénégations, elle finit par confesser son crime; elle dit et prouva n'avoir commis ce crime que *plus de quinze jours* après la naissance de son enfant qui, pendant ce temps, était resté caché chez un amie dans la maison de laquelle l'accouchement avait eu lieu; elle ne s'était décidée à étrangler son enfant que lorsque l'activité des poursuites lui avait fait craindre de voir son déshonneur rendu public.

Le défenseur de l'accusée, s'emparant de cette circonstance, s'attacha à montrer que le meurtre d'un enfant, *âgé de quinze jours*, n'était plus un infanticide, emportant la peine capitale, mais une meurtre simple, puni seulement des travaux forcés à perpétuité. Le ministère public soutint le contraire, disant que *pendant un mois au moins*, un enfant devait être considéré comme *nouveau-né :* il s'appuyait sur des motifs puisés dans l'extrême faiblesse de l'enfant, dans le besoin pressant qu'il avait de sa mère, dans les relations intimes qui unissaient l'un à l'autre, etc. L'avocat répliqua que ces considérations reposaient sur des motifs qui étaient de nature à subsister bien plus d'un mois, et qui pourraient même conduire à plusieurs années. Enfin, on revenait toujours et irrésistiblement à cette question : *Que doit-on donc entendre par enfant nouveau-né?*

Dans cette conjoncture, les jurés ayant trouvé que l'accusée avait droit à quelque indulgence, et d'après une question subsidiaire qui fut posée, celle de savoir *si l'enfant était ou non nouveau-né*, déclarèrent en vertu de leur *omnipotence*, et sans donner de motifs, que la fille G.... était coupable de meurtre sur la personne de son enfant, *qui alors n'était plus un enfant nouveau-né*.

La fille G.... fut condamnée aux travaux forcés à perpétuité, par application de l'article 304 du Code pénal.

Si les jurés avaient considéré l'enfant comme enfant *nouveau-né*, cette fille portait sa tête sur l'échafaud (art. 300 et 302 du Code pénal.)

Enfin, la Cour de cassation a annulé récemment un jugement rendu par la cour d'assises de la Meurthe, dans une affaire où le ministère public et la Cour avaient qualifié d'infanticide le meurtre d'un enfant, *âgé de quarante jours*. Voici le fait que je transcris du journal LE DROIT (15 janvier 1836, n. 36.)

TROISIÈME EXEMPLE.

Cour de cassation (chambre criminelle), audience du 24 décembre 1835.

Le 21 juin, Marie Demanche est accouchée d'un enfant mâle qu'elle mit en nourrice : la naissance fut déclarée à l'état civil, elle alla plusieurs fois le visiter. Le 31 juillet (quarante jours après la naissance), elle le retira de nourrice, et le jeta dans la Meurthe, en suivant le chemin de Deply. C'est pour ce fait qu'elle a été traduite devant la Cour d'assises de la Meurthe, qui l'a condamnée à la peine des travaux forcés à perpétuité, comme coupable d'infanticide. Marie Demanche s'est pourvue en cassation pour fausse application de l'article 380 du Code pénal. La Cour, sur les conclusions de Mᵉ l'avocat-général Tarbé, a rendu l'arrêt suivant :

« Attendu que la loi, en qualifiant l'infanticide, et en punissant d'une peine plus forte le meurtre d'un enfant *nouveau-né*, n'a eu en vue qu'un homicide volontaire commis sur un enfant au moment où il vient de naître, ou dans un temps très-rapproché de celui de la naissance; que ces dispositions ne peuvent être étendues au meurtre d'un enfant qui a déjà atteint l'âge de quarante-et un jours, et dont, par conséquent, la naissance, si elle n'a été légalement constatée, n'a pu, du moins le plus souvent, rester entièrement inconnue; que cette extension répugne, et à l'art. 300 du Code pénal, et à l'esprit de la législation sur l'infanticide, qui n'a voulu protéger par un châtiment plus sévère la vie de l'enfant que lorsqu'il n'est pas encore entouré des garanties communes, et que le crime peut effacer jusqu'aux traces de la naissance;

« Attendu que Marie Demanche a été reconnue coupable, avec des circonstances atténuantes, d'avoir homicidé volontairement un enfant dont elle était accouchée le 21 juin précédent : qu'au lieu de lui appliquer sous la modification de l'article 403 du Code pénal, la peine du meurtre, la Cour d'assises a prononcé contre elle, sous la même modification, la peine de l'infanticide, en quoi elle a faussement appliqué les art. 300 et

302 du Code pénal, et violé, en ne le lui appliquant pas, l'art. 306 du même Code ; la Cour casse.»

Les exemples que je viens de rapporter prouvent suffisamment, je pense, combien il importe que la qualification de *nouveau-né* soit rattachée à un événement tout à la fois naturel et matériel, indépendant de toute disposition réglementaire de police ou d'administration ; en un mot, que l'enfant lui-même puisse fournir quelques caractères positifs, d'après lesquels le médecin et le jurisconsulte le qualifieront avec certitude *nouveau-né*. Nous voyons ici trois Cours différentes admettre également comme *nouveau-nés* des enfans qui avaient : l'un, *quatorze jours*, l'autre, *quinze jours*, et le troisième, *quarante jours d'existence extra-utérine*. Dans un de ces cas, le ministère public soutient que *pendant plus d'un mois* un enfant doit être considéré comme *nouveau-né*, et c'est le jury qui décide, sans donner de motifs, que l'enfant perd cette qualité *après quinze jours* de vie hors du sein de sa mère. Dans les deux autres cas, la Cour suprême, qui juge en dernier ressort toutes les questions civiles et criminelles, prononce que le meurtre d'un enfant ne doit plus être regardé comme un *infanticide* quand *quatorze jours* et, à plus forte raison, *quarante jours* se sont écoulés depuis la naissance de l'enfant.

Mais les termes de ces arrêts, et du dernier, par exemple, présentent toujours le même vague, la même absence d'une détermination précise, quand il s'agit de dire ce qu'on doit entendre par nouveau-né. « L'infanticide (texte de l'arrêt) est l'homicide volontaire commis sur un enfant *au moment où il vient de naître*, ou *dans un temps très-rapproché de la naissance* », définition qui conduit toujours à cette question : quelle est donc la durée du temps pendant lequel un enfant doit être considéré comme nouveau-né ? quel est le terme au delà duquel cette qualification ne lui est plus applicable ?

Examinons les phénomènes qui se manifestent chez l'enfant immédiatement après sa naissance, et qui constituent le passage de la vie fœtale à la vie indépendante. Voyons si l'enfant ne porte pas sur lui pendant quelque temps les traces de cette transition si remarquable par suite de laquelle il devient un être à part, ayant sa vie propre. Aussitôt qu'il est né, la respiration s'établit, et la circulation cesse en même temps de dépendre de celle de la mère. Le sang appelé dans les poumons, où il reçoit à l'instant même l'influence vivifiante de l'air, prend un cours nouveau ; jusque-là ce fluide nutritif était porté de la mère à l'enfant par le cordon ombilical. Ce lien, qui les unissait intimement, qui rendait la vie de l'un dépendante de celle de l'autre, ce lien vasculaire devient inutile. Bientôt ce cordon se décolore, se flétrit, et pour peu qu'on attende quelques minutes avant de le couper pour détacher l'enfant de sa mère, on voit à peine quelques gouttes de sang s'écouler au moment de sa section, et pourtant peu d'instans auparavant, ce cordon constituait le canal qui transmettait à l'enfant tout le sang qui le nourrissait.

A mesure que les deux grandes fonctions de la respiration et de la circulation s'établissent ainsi, des changemens importans ont lieu dans les poumons, le cœur et les gros vaisseaux : changemens qui rendent la vie de l'enfant de plus en plus indépendante, plus difficile à suspendre ou à détruire, et qui préparent, et déterminent enfin du *quatrième au huitième jour*, la séparation de la portion du cordon ombilical qui adhérait encore à l'enfant. Je crois inutile de reproduire ici les observations neuves et si importantes de Billard sur ce sujet (1).

Cette chute naturelle du cordon ombilical est ainsi le dernier phénomène qui suit *nécessairement et toujours la transition récente* de la vie fœtale à la vie indépendante. Dès que cette trace matérielle n'existe plus, on en est réduit aux conjectures pour établir l'époque précise de la naissance d'un enfant, pour le qualifier *nouveau-né*.

En effet, croit-on qu'en groupant tous les caractères anatomiques propres aux divers âges du fœtus et de l'enfant pendant les premières semaines qui suivent sa naissance, on puisse arriver par ce rapprochement à déterminer autre chose que le degré de développement d'un enfant ? Ces caractères, qu'on trouvera sur le cadavre d'un enfant, ne peuvent évidemment fournir aucune autre indication ; et quand même on découvrirait de la sorte que l'enfant n'a atteint que le degré de maturité propre au huitième ou au neuvième mois de la conception, on n'en pourrait pas conclure davantage qu'il était récemment né lorsqu'on l'a tué, *si une portion du cordon n'est plus adhérente à l'ombilic.*

Sans doute si l'on constate sur le cadavre la non-occlusion du trou de Botal, la perméabilité du canal artériel, ces deux faits viendront à l'appui de l'opinion que l'enfant est assez récemment né. Mais cette persistance des ouvertures fœtales après la naissance, ne peut avoir ici, comme preuve, qu'une valeur très-secondaire, car le trou de Botal ne s'oblitère pas constamment (je l'ai trouvé non oblitéré sur plusieurs cadavres d'adultes, et même chez une femme de soixante ans, sans qu'on eût observé de cyanose, ou tout autre symptôme d'affection du cœur), et le canal artériel peut rester perméable jusqu'à la fin de la *troisième semaine* après la naissance (Billard, *loc. cit.*, p. 579). Un exemple suffira pour montrer que l'ensemble des caractères anatomiques propres à telle ou telle époque du développement du fœtus ne peut servir en aucune manière à préciser la durée du temps écoulé depuis la naissance, et que la présence seule du cordon peut fournir cette solution.

Une femme accouche au *septième mois* de sa grossesse d'un enfant bien conformé, plein de vie ; malgré sa naissance précoce, cet enfant se développe parfaite-

(1) *Traité des maladies des enfans nouveau-nés à la mamelle*, etc., Paris, 1827, in-8° ; *ibid.*, 1833, in-8°, avec une notice sur la vie et les ouvrages de l'auteur, par le doct. Ollivier (d'Angers).

ment, sa santé n'éprouve aucune atteinte. Au bout de quinze jours, d'un mois ou de six semaines, il périt de mort violente. A aucune de ces époques il n'a encore atteint le degré de maturité qu'on observe à la naissance à terme. Eh! bien, dans ces trois circonstances, dira-t-on que l'enfant était *nouveau-né* au moment de sa mort, parce que le développement de ses organes n'était pas arrivé au degré qui caractérise la fin de la dernière période de la vie fœtale? Cette conséquence serait inexacte, car cet enfant, né à sept mois, avait déjà quinze jours, un mois, six semaines d'existence, de vie indépendante, quand on l'a tué, et l'on voit qu'il se trouvait dans les limites que la Cour de cassation elle-même a posées pour établir qu'un tel enfant n'est plus *nouveau-né*. J'ajouterai que les caractères anatomiques peuvent laisser beaucoup d'incertitude sur l'âge précis de l'enfant, né ainsi avant terme, car une cause quelconque dépendant soit de la mère, soit des annexes du fœtus, peut en avoir retardé le développement général.

Ainsi, le résultat le plus palpable de tous les changemens survenus dans les organes et les fonctions d'un enfant qui vient de naître, résultat qui n'exige aucune notion scientifique pour être reconnu, c'est la chute naturelle du cordon ombilical. Tant que ce cordon adhère à l'ombilic, l'enfant porte avec lui la preuve matérielle qu'il est *nouvellement détaché de sa mère*, qu'il est *nouveau-né*. Le cordon une fois séparé de l'ombilic, il devient impossible de décider, même approximativement, si la naissance est récente, soit dans les cas d'accouchemens avant terme, soit dans ceux qui ont lieu au terme naturel de la gestation. Je ne puis trop le répéter, toute décision alors est basée sur de simples présomptions, sur des conjectures, sur l'interprétation tout arbitaire de quelques-unes des circonstances du fait que le médecin-légiste et le magistrat ont à examiner.

On objectera peut-être que la chute naturelle du cordon ombilical a lieu elle-même à des époques variables, et qu'ainsi elle ne fournit qu'un moyen de détermination approximative. Il est vrai que cette séparation du cordon peut varier du quatrième au huitième jour. Mais l'erreur qu'on pourra commettre en calculant l'époque de la naissance d'après la présence du cordon encore adhérent, ne portera jamais sur plus de *quatre jours*, et le caractère que je propose, circonscrit ainsi, dans cet intervalle très-limité, la durée du temps pendant lequel l'enfant a réellement droit à la qualification de *nouveau-né*.

Dira-t-on qu'en adoptant pour base de détermination la chute du cordon ombilical, on est exposé à refuser cette qualification à un enfant né depuis quatre jours seulement, tandis qu'elle sera encore applicable à un autre né depuis huit jours? Je ne vois pas là une objection, mais bien une conséquence forcée de la règle que je cherche à établir : car dès que j'admets que la présence du cordon encore adhérent est la preuve unique et irréfragable de la naissance *très-récente* de l'enfant, une différence de trois ou quatre jours ne détruit pas la valeur de mon opinion, puique le cordon peut rester attaché à l'enfant jusqu'au huitième jour, comme il peut s'en détacher le quatrième. Seulement, il est évident que, comme il ne reste, après la séparation du cordon, aucun caractère précis pour établir une distinction fondée entre l'enfant né depuis peu de jours et celui dont la naissance date déjà de plusieurs semaines, il en résulte que vous qualifiez le meurtre du premier comme celui du second, malgré la distance qui les sépare; en sorte que pour l'un et l'autre, le crime rentre évidemment dans les cas d'homicide.

Mais, d'après les exemples que j'ai rapportés, n'est-il pas évident qu'il ne peut y avoir qu'avantage à resserrer les limites dans lesquelles l'enfant doit conserver la qualité de *nouveau-né?* On comprend difficilement comment on a pu, dans ces différens cas, donner à cette expression une extension aussi grande. Le crime d'infanticide est malheureusement assez fréquent, sans qu'on y assimile encore celui qui ne mérite véritablement pas cette qualification, et dont la pénalité est moindre.

Je ne pense pas qu'on puisse m'opposer comme pouvant détruire la valeur absolue du caractère que je regarde comme pathognomonique, et spécial au nouveau-né, les cas d'absence du cordon par suite de son arrachement ou de sa section, immédiatement à son insertion ombilicale; car les bords déchirés ou saignans de l'anneau plus ou moins dilaté, sans retrait vers l'abdomen, si l'enfant est mort d'hémorrhagie, attesteront alors suffisamment la séparation *accidentelle* et *récente* du cordon, prouveront sans réplique que la naissance ne date pas de plus de huit jours, et qu'ainsi l'enfant était *nouveau-né*.

Mais ne serait-il pas possible qu'une cautérisation faite après avoir coupé ou déchiré le cordon immédiatement à son insertion ombilicale, donnât lieu à toutes les apparences d'une cicatrice ancienne? En faisant disparaître de la sorte le caractère d'après lequel vous qualifiez un enfant *nouveau-né*, on pourrait ainsi faire considérer comme homicide un infanticide réel?

Quelque cautérisation qu'on fasse immédiatement après la séparation *accidentelle* du cordon, il n'en résultera pas un travail de cicatrisation plus hâtif, et l'expérience a démontré que cette cicatrisation n'est achevée communément que du *dixième au douzième jour* après la naissance. Or, le cordon ayant été coupé ou déchiré avant le huitième jour, puisque vous supposez l'enfant tué avant le terme de la chute naturelle du cordon, la dissection prouvera toujours alors d'une manière évidente que l'ombilic n'offre pas le resserrement et la forme particulière qu'il présente ordinairement, quand sa cicatrice est naturelle et complète, changemens qui ont été si bien décrits par Billard (*loc. cit.*).

On a pensé aussi que, dans ces sortes d'affaires, il est bien plus aisé de fixer l'instant de l'accouchement que celui de la séparation naturelle du cordon ombilical; qu'il est presque impossible de déterminer cette dernière circonstance, soit parce que ce cordon, rompu, déchiré avec violence lors de l'accouchement, ne peut se dessécher, ni se séparer *naturellement* du corps; soit parce que les cadavres des enfans homicidés sont sou-

vent retrouvés plusieurs jours après leur naissance, submergés, enfouis, et dans un état de décomposition et de putréfaction qui rend les observations exactes impossibles; qu'alors on est obligé de conjecturer encore, ce qui peut conduire à l'erreur, tandis que le fait grave de l'accouchement, presque toujours certain dans son époque, est là pour servir de point de détermination.

Je répondrai d'abord que la rupture du cordon ou sa déchirure avec violence lors de l'accouchement; ne l'empêche pas de se dessécher et de tomber *naturellement;* que d'ailleurs il ne s'agit pas ici de suivre et d'observer les phases successives de la séparation naturelle du cordon ombilical, d'en fixer l'époque, mais seulement de constater s'il est ou non adhérent à l'enfant; quant aux effets de la putréfaction, ils n'ont pas pour résultat de détacher le cordon de l'ombilic de l'enfant: le cordon se putréfie avec le cadavre, et l'on trouve encore l'un adhérent à l'autre après un mois et six semaines d'inhumation ou de submersion. C'est un fait que j'ai constaté dans plusieurs cas d'infanticide. Ainsi, malgré la décomposition putride, le caractère que je regarde comme propre à l'enfant nouveau-né reste intact et parfaitement reconnaissable.

En est-il de même de celui qu'on veut trouver dans l'accouchement, et peut-on presque toujours en préciser l'époque? non sans doute, car au-delà du dixième jour, il est ordinairement fort difficile de répondre affirmativement qu'il y a eu accouchement récent. Mais si la mère reste inconnue ou si on ne la découvre que longtemps après l'examen du cadavre de l'enfant, comment constater que l'accouchement a eu lieu, et qu'il se rapporte précisément à l'époque de la naissance de l'enfant dont on avait retrouvé le corps? D'ailleurs l'infanticide peut être commis par toute autre personne que la mère de l'enfant, à son insu même, comme je l'ai vu une fois, et le fait de l'accouchement est alors insignifiant.

Enfin, dira-t-on, pour que la présence du cordon ombilical ait toute la valeur que vous lui assignez, il faut qu'il soit bien démontré que jamais on n'a vu d'enfant né vivant sans cordon, que toujours ce lien vasculaire existe, et il paraît qu'on a des exemples du contraire. Cette objection est sans contredit la plus forte qu'on puisse me présenter, et il suffirait de l'articuler, si elle était fondée, pour faire rejeter sans examen la proposition que je veux établir.

On trouve, en effet, dans les annales de la science, quelques observations rapportées par différens auteurs, comme exemples d'enfans nés sans cordon et même sans ombilic. Mais les unes manquent de détails suffisans pour justifier un pareil titre; les autres font mention de cordon rompu dans la matrice, et dont les extrémités se sont *cicatrisées* isolément avant la sortie de l'enfant *qui, cependant, serait né vivant!!!* Le plus grand nombre de ces observations se rapporte à un vice de conformation (*l'extrophie de vessie,* Chaussier) dans lequel l'ombilic est souvent confondu avec la tumeur formée par la membrane muqueuse vésicale, disposition qui a longtemps induit en erreur, et fait supposer que dans ces cas il n'y avait pas de cordon, parce qu'on ne voyait pas d'ombilic. Aujourd'hui tous ces récits merveilleux sont réduits à leur juste valeur. Les observations et les recherches modernes, entre autres celles de Chaussier (1), MM. Rob. Froriep (2), Kohlschvetter (3), Velpeau (4), etc., ne laissent pas le moindre doute à cet égard, et il n'est pas de vérité mieux établie dans la science que celle qui consacre l'existence du cordon ombilical chez l'homme, comme un fait constant et indispensablement nécessaire au développement régulier de l'embryon et du fœtus. Ainsi tombent devant un examen éclairé toutes les conséquences qu'on a pu déduire d'une observation inexacte.

Billard, qui avait été consulté par le magistrat que j'ai déjà cité, pensait que la cicatrice de l'ombilic devait être complète pour que la qualification de *nouveau-né* pût cesser d'être applicable à un enfant dont la naissance est récente. Personne plus que moi n'a rendu un éclatant hommage aux travaux remarquables et aux talens éminens de Billard, personne n'a plus apprécié son esprit d'observation et les recherches pleines de sagacité dont il a enrichi la science; mais, je ne doute pas qu'il eût modifié son opinion, s'il eût étudié assez la question pour l'envisager sous toutes ses faces. La cicatrisation complète de l'anneau ombilical étant elle-même consécutive à la chute naturelle du cordon, il est évident que lorsqu'elle existe, elle fournit un argument de plus pour prouver que l'enfant *n'est plus nouveau-né*. Mais si cette cicatrisation est communément complète du dixième au douzième jour après la naissance (Billard), il est une foule de causes qui peuvent la retarder, et empêcher qu'elle ne soit achevée avant trois semaines et même un mois. Parmi ces causes, les unes sont naturelles et tiennent à l'état particulier du cordon; les autres dépendent de circonstances accidentelles et fréquentes. Ainsi, j'ai observé plusieurs fois que des bains donnés trop tôt après la naissance, produisent cet effet; le frottement des langues, la négligence apportée dans les soins de propreté, peuvent avoir le même résultat: on voit très-fréquemment le contact prolongé et répété de l'urine, déterminer chez l'enfant nouveau-né, un érythème auquel succède un érysipèle, qui s'étend de proche en proche jusqu'à l'ombilic, et y entretient une in-

---

(1) Discours sur les vices de conformation du fœtus, inséré dans le procès verbal de la distribution des prix aux élèves sages-femmes de l'hospice de la Maternité de Paris, le 18 juin 1812 Paris 1812, in-8 de 116 p. — pages 98 et 99.

(2) *De funiculi umbilicalis defectu commentatio academica.* Berlin 1832, in8-, fig. 42 pp.

(3) *Quœdam de funiculo umbilicali frequenti mortis nascentium causa commentatio physiologico-obstetrica.* Leipsig, 1833, in-8, 100 p. § 79.

(4) Rapport sur un cas d'extrophie congénitale de la vessie, et recherches sur quelques-unes des principales questions qui se rattachent à l'existence de cette difformité, inséré dans les Mémoires de l'Académie royale de médecine, t. III, p. 90 et suiv. Paris 1833, in-4.

flammation qui retarde la marche de la cicatrice ombilicale. Or, dès que ce phénomène est sujet à tant de variations, soit naturellement, soit accidentellement, il ne peut évidemment pas servir de caractère pour établir une limite qui doit puiser toute sa valeur dans la fixité des bases sur lesquelles elle repose.

Si je ne m'abuse, il résulte de la discussion et de l'examen auxquels je viens de me livrer, que la question de savoir si un enfant doit être ou non qualifié *nouveau-né* dépend de la *présence ou de l'absence du cordon ombilical:* cette qualification se rattachant ainsi à un fait matériel et isolé, constant et bien facile à reconnaître, cessera d'être sujet à controverse, et soulevera même moins de contestations que si elle dépendait de la réunion de plusieurs circonstances. Il importe donc beaucoup que, dans leurs rapports, les médecins experts et les officiers de police judiciaire n'omettent jamais de mentionner si le cordon était encore attaché à l'enfant quand ils ont examiné le cadavre.

En résumé, je crois pouvoir répondre ainsi à la question qui fait l'objet de ce mémoire: *un enfant doit être considéré comme* NOUVEAU-NÉ *tant que le cordon est adhérent à l'ombilic;* ou en d'autres termes; *un enfant doit être qualifié* NOUVEAU-NÉ *jusqu'à la chute naturelle du cordon ombilical.* Je ne pense pas que l'une ou l'autre de ces explications doive entrer dans le texte d'un article de loi, car on pourrait en réclamer d'analogues pour beaucoup d'autres questions. A la vérité, ce n'est pas ici une interprétation qu'on donnerait, mais bien une limite qui serait posée par le législateur afin de bien fixer la qualification du mot *nouveau-né.*

Toutefois, si l'on reconnaît que les motifs sur lesquels je m'appuie sont justes et fondés; si l'interprétation que je propose était admise, ne pourrait-on pas la traduire *en énonçant simplement le nombre de jours pendant lesquels le cordon ombilical peut rester adhérent à l'enfant?* L'article 300 du Code pénal serait ainsi conçu:

« Est qualifié *infanticide* le meurtre d'un enfant nouveau-né: l'enfant est considéré comme *nouveau-né pendant les huit premiers jours de son existence.*

Tel est, en dernière analyse, le but que je me suis proposé dans ce travail, et je l'aurai atteint si les remarques et les observations que je viens de présenter peuvent concourir à faire préciser ce point important de notre législation.

Je ne suis pas assez versé dans la science du droit pour indiquer tous les cas où le législateur a limité ainsi la durée du temps pendant lequel et au-delà duquel, telle ou telle disposition judiciaire est ou n'est plus applicable; mais je puis citer comme exemples, les articles sur la pénalité relative aux blessures, qui fixent la durée d'incapacité de travail que ces lésions peuvent entraîner. En outre, je pense que, dans l'espèce, je ne propose pas une innovation: le code d'un des royaumes d'Allemagne en offre la preuve. Voici le texte de l'article 159 du Code de Bavière, sur l'infanticide: *un enfant est réputé nouveau-né lorsqu'il n'a pas vécu trois jours* (1). Je n'entrevois pas les motifs sur lesquels on s'est appuyé pour établir une limite aussi restreinte, mais je doute fort qu'ils aient été puisés dans quelques considérations relatives à l'enfant lui-même; tandis que celle que je propose est fondée sur un caractère dont je crois avoir démontré toute la valeur. Quoi qu'il en soit, l'article du Code bavarois détermine au moins ce qu'on doit entendre par *nouveau-né,* et fait ressortir la lacune qui existe sous ce rapport dans le Code pénal français.

Je soumets mon opinion aux lumières des criminalistes, et des médecins chargés d'éclairer l'autorité judiciaire par leurs investigations. Je m'estimerai heureux d'avoir examiné cette question médico-légale, si mes observations peuvent fournir quelques documens utiles aux magistrats chargés de l'administration, souvent si difficile, de la justice criminelle.

Qu'est-ce qu'un enfant nouveau-né? par le prof. Rob. Froriep, à Berlin. *Wochenschrift für heilkunde.* Herusg von Dr Casper; 1835, n° 47, p. 753. (2)

L'importance de cette question est fondée sur le fait que, d'après notre Code général, l'infanticide est puni tantôt plus gravement par *la question et le traînement au lieu d'exécution,* tantôt plus légèrement par *le glaive,* selon que le crime est considéré comme *meurtre d'un parent* ou comme *infanticide.*

---

(1) J'ai trouvé l'exposé de tous les articles du Code de ce pays, relatifs à l'infanticide, dans une brochure peu connue en France, et qui mérite de l'être sous plus d'un rapport. Voici son titre: « Quelques faits remarquables d'infanticide soumis aux réflexions du législateur, du juge et du médecin. Par S. C. membre du tribunal d'appel du canton de Vaud. Lausanne, 1825, in-8, 91 p.

(2) C'est au mois de septembre 1835 que je fus consulté par le magistrat, dont les observations me déterminèrent à composer le mémoire qui précède. Par une coïncidence assez étrange, c'est vers la même époque que M. Froriep, à Berlin, examinait la même question. Je mentionne ici ce rapprochement, non pas pour éloigner toute discussion de priorité, mais pour faire remarquer que la seule conclusion médicale de la note de M. Froriep, repose sur le fait que j'invoque aussi pour déterminer la qualification du mot *nouveau-né.* Toutefois, il se borne à énoncer ce fait, tout en en reconnaissant l'importance, mais l'on voit que la présence du cordon ombilical n'est pas le caractère spécial qu'il signale pour fixer l'acception légale du mot *nouveau-né.* Au contraire, l'interprétation de certains articles des lois romaines, le conduit à une opinion différente de la mienne, opinion qui me semble trop limiter la durée du temps pendant lequel un enfant doit être qualifié *nouveau-né,* et qui ne repose pas sur des faits suffisamment déterminés et assez nettement exprimés. Je ne comprends pas comment l'absence des soins de propreté donnés à l'enfant pourrait être admise comme une présomption favorable à l'inculpée, car dans ce cas, de même que dans l'hypothèse contraire, un infanticide ne perd rien de sa criminalité.

(Ollivier d'Angers.)



Le Code général II, 20, § 887 définit l'infanticide *le meurtre d'enfans nouveau-nés,* et art. 965, *le meurtre d'un enfant nouveau-né, soit au moment de sa naissance, soit après.* Ces explications ne peuvent se rapporter qu'à la mère, car le § 974, exprime nettement que la mort d'un enfant nouveau-né, provoquée par le père ou des parens, même sans adhésion de la mère, doit être considéré non comme *infanticide,* mais comme *meurtre d'un parent,* et doit être puni comme tel. Nous voyons donc que le législateur a distingué l'*infanticide* et le *parricide,* non relativement à l'enfant, mais relativement à la mère. Aussi la peine de mort simple, par le glaive, a-t-elle été posée pour l'infanticide et la peine de mort aggravée (*question*) pour le parricide, à cause de cette considération admise par le législateur, qu'une femme non mariée, veuve ou divorcée, peut, au moment de la naissance d'un enfant qui lui donne la certitude d'un déshonneur public, se trouver dans un trouble moral assez considérable, pour ne pas avoir pour les actes commis pendant cette impression morale, la responsabité d'un meurtier ordinaire ; d'autant plus que l'acte de la parturition la met dans un état physique tel que, par ce trouble corporel, toutes les facultés (et par conséquent la volonté) éprouvent un affaiblissement notable.

Les difficultés qui ont présidé à la définition de l'idée d'un enfant nouveau-né sont évidentes ; aussi par des raisons, sans doute, le Code général s'est-il abstenu de donner cette définition. Le sénat criminel de juridiction supérieure de la Prusse orientale a bien cru pouvoir se fonder sur le § 913, vol. xx, et définir un enfant nouveau-né celui qui n'aurait pas encore vécu pendant 24 heures. Cette assertion a été depuis et plusieurs fois admise, comme base légale, mais n'est pas en vérité dans le sens de ce paragraphe. Celui-ci dit simplement, que dans le cas où deux personnes au moins n'ont pas assisté à la naissance, tout enfant naturel mort-né ou mort pendant les 24 heures, doit être présenté au juge *dans le délai de 24 heures après la naissance ou la mort de l'enfant.*

Cet article a pour but dans le cas où un enfant tué serait annoncé comme mort-né, de provoquer la décision des hommes de l'art, par l'autopsie faite dans les 24 heures ou avant la putréfaction.

Pour comprendre la définition d'un enfant nouveau-né, il faut la considérer sous le point de vue médico-judiciaire. Judicairement parlant, il n'existe après la naissance aucune époque à laquelle la vie d'un enfant doive être protégée plus qu'à un autre ; si donc la loi punit le meurtre d'un enfant nouveau-né par la peine de mort simple, et par la peine de mort aggravée, c'est-à-dire la torture de haut en bas, celui d'un enfant en général, cela ne repose que sur la responsabilité de la mère, moindre, immédiatement, pendant et après l'accouchement. Sous le point de vue judicaire, un enfant ne devrait donc être considéré comme nouveau, et son meurtre puni comme infanticide et non parricide, qu'aussi longtemps que la mère peut être considérée comme se trouvant encore sous l'influence immédiate, morale et physique de l'accouchement et étant alors moins responsable.

Sous le point de vue médical où l'on ne considère pas le crime, un enfant est regardé comme nouveau-né aussi longtemps qu'il existe encore des traces de sa séparation de sa mère. Il n'y a manifestement que le cordon ombilical qui puisse servir de signe. Ainsi pour le médecin, un enfant est nouveau-né aussi longtemps que la portion ombilicale du cordon ne s'est pas encore détachée de l'ombilic. Un enfant serait nouveau-né pendant les trois premiers jours, puisque d'après beaucoup d'observations, et surtout d'après celles de *Billard,* le cordon tombe le plus souvent le troisième ou le quatrième jour. Cette définition, également admise par le Code pénal de la Bavière, vol. I, art. 159, n'est pas cependant dans l'esprit de la loi et ne s'accorde guère avec le calcul médical.

Ceux qui avaient fait la proposition de considérer un enfant comme nouveau-né aussi longtemps qu'on l'a tenu caché, avaient la prétention de s'attacher à l'esprit de la loi, mais ils étaient en contradiction manifeste avec elle. Des peines graves étant déjà infligées à la non-révélation d'un enfant mort-né, ce serait un non-sens que de voir un infanticide *de nouveau-né* là où un enfant caché, pendant quelque temps, aurait été assassiné, peut-être, après plusieurs années seulement ; cas, qui alors serait réprimé par une peine moins grave qu'un meurtre ordinaire. Cette opinion, considérée médicalement, est absurde. *Gaspard Hauser,* à son arrivée à Nuremberg, eût été un nouveau-né, et pour en faire ressortir le ridicule il suffira de faire remarquer qu'il pourrait de la sorte arriver qu'une femme fût accusée d'inceste avec un garçon nouveau-né, qu'elle aurait mis au monde 20 ans auparavant et caché jusque alors.

Le droit romain donne une définition plus précise. Le *jus vitæ ac nœcis,* ainsi que le pouvoir accordé au père d'exposer, de vendre, et de mettre en gage ses enfans, éprouva des restriction sensibles sous le règne des empereurs. Constantin surtout, n'osant pas encore prononcer l'abrogation totale d'usages si invétérés, fit des ordonnances d'après lesquelles il était encore permis aux parens très-pauvres de vendre leurs *nouveau-nés,* ce qui n'était plus accordé pour des enfans plus âgés. L'idée que l'on attachait aux mots *nouveau-né* était précisée bien clairement. Il est dit dans : *Lex 2. Cod. de patribus qui filios suos distrax.* (IV. 43.) *Si quis propter nimiam paupertatem, egestatemque, victus causâ filium, filiamve* SANGUINOLENTOS *vendiderit, venditione in hoc tantùm modo casu valentes, emptor obtinendi ejus servitiis habeat facultatem, etc.* Le mot *sanguinolentos* signifie ici *recentes natos;* il est interprété autrement dans le *Cod. Theodos.* Lib. V. ti. VIII : *De his, qui sanguinolentos emtos vel nutriendos acceperint,* où il est dit avec plus de clarté : *Secundum statuta priorum principum, si quis a sanguine quoque modo legitime comparaverit, vel nutriendum putaverit, obtinendi ejus servitii habeat potestatem,* etc. Ælianus, hess. II, cap. 7, nomme nouveau-nés ceux qui sont enlevés Ἐξ ὠδίνων

των μητριων (pendant les douleurs de l'enfantement). Il paraît néanmoins que la signification de *recens natus* la plus usuelle était celle de *sanguinolentus*, qui passa même dans le langage habituel. Juvénal, satir. VII, sqq. d, cit :

« . . . . . Distat enim quæ
« Sidera te excipiant modo primos incipientem
« Edere vagitus et adhuc a matre rubentem. »

Il est donc évident que les Romains entendaient par nouveau-né, non-seulement les enfans immédiatement après leur naissance, mais qu'ils désignaient ainsi principalement ceux auxquels aucun soins de propreté n'ont encore été donnés, et qui sont encore couverts de sang (*sanguinolenti*). Ceci rappelle l'usage plus ancien des Romains où l'enfant, aussitôt qu'il était né, était présenté au père de famille pour savoir s'il voulait le soulever en l'air (*tollere*) ou le laisser couché ; dans ce dernier cas, l'enfant était ou tué ou exposé. Il était dans les mœurs romaines qu'un enfant ne pouvait prendre le rang et acquérir les mêmes droits que les autres, qu'après qu'on lui avait accordé quelques soins.

Cette manière de voir me paraît aussi convenir le mieux à l'esprit de nos lois. Une mère a-t-elle donné quelques soins à son enfant, il n'est plus admissible qu'elle se soit trouvée encore dans un état de trouble ou de désespoir qui restreindrait sa responsabilité; l'enfant au contraire n'est-il pas nettoyé du tout, ni soigné aucunement, enfin n'est-il pas traité en propre enfant, l'existence de ces faits atténuans peut être admise.

(*Note communiquée par le docteur Ræderer, de Strasbourg.*)

BULLETIN GÉNÉRAL
DE THERAPEUTIQUE
MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

OCTOBRE 1836.

N° 19. — 15 Oct.

Quelques réflexions sur la thérapeutique de la gastrite.

L'histoire des progrès de la médecine fait voir qu'il y a deux époques principales où il faut activement s'occuper de la thérapeutique d'une maladie. L'une de ces époques est le moment où la maladie vient d'être, pour ainsi dire, révélée dans toute sa puissance et dans toute son intensité ; l'autre époque commence au moment où une théorie quelque temps dominante, arrivée aux limites de ce qu'elle pouvait donner, trouve enfin que ces limites ne sont pas encore celles des choses. A la première époque, il importe, pour que la science fasse les progrès les plus rapides possibles, que toute la somme des efforts disponibles soit jetée dans la voie qui vient de s'ouvrir, pour mettre l'idée neuve en exploitation; à la seconde époque, le système qui tombe laisse dans le trouble et dans l'ignorance ceux qui avaient marché jusque là sous une bannière commune, et qui tombent dans les ténèbres, en perdant enfin l'espérance qu'ils avaient conçue d'arriver au vrai absolu. Alors, les habiles exploitent les dupes; les esprits faux s'égarent dans des abstractions mensongères ; les esprits bornés continuent à suivre sans hésitation le chemin qu'on leur a montré, et qu'ils s'attachaient à suivre exclusivement ; c'est le moment de la confusion dans la masse des travailleurs, et, au lieu d'une tendance continue vers un but, on ne voit plus parmi eux qu'un flottement sans repos et sans résultats. C'est alors aussi qu'il importe, dans une science comme la nôtre, de reprendre et d'examiner de près l'idée sur laquelle avait roulé le grand mouvement scientifique antécédent.

A la première époque appartiennent, en ce qui concerne la gastrite, tous les travaux de M. Broussais: il a magnifiquement animé ce qui s'est fait sur cette idée; le règne, ou plutôt la longue et brillante lutte de son école, a été le développement en tous sens de la gastrite. Ce qu'il a fait a été fait avec puissance et dans le moment le plus convenable; mais, aujourd'hui que M. Broussais et son école ont fait voir tout ce qu'il était possible de tirer de ce système; qu'on commence à se demander ce qui doit rester de l'idée physiologique; qu'on est sorti de la ligne de cette école, ne semble-t-il pas que l'autre époque dont j'ai parlé commence, et qu'il soit temps enfin de rappeler les esprits actifs vers la véritable voie de la médecine? Du moment que ce système ne suffit plus à tout, n'y a-t-il pas nécessité impérieuse d'en poser les limites et de voir ou nous en sommes à cet égard sur la thérapeutique, ce grand critérium de tous les systèmes en médecine?

Je n'ai pas la prétention d'épuiser ce sujet en quelques lignes; mais je pense qu'il y a utilité à appeler sur ce point la réflexion des vrais médecins. Or, il n'est pas nécessaire d'avoir longtemps médité sur l'histoire de notre art, pour acquérir la conviction que l'idée générale, la maladie particulière et par conséquent le traitement que résume le mot gastrite, d'une part, ne sont pas très-anciens dans la médecine, et, d'autre part, n'ont pas fait le tour du monde avec leur pureté native. Les anciens raisonnaient beaucoup, et observaient sur le vivant quelquefois avec un admirable instinct; leurs successeurs des âges moins reculés subtilisaient sur les propriétés des corps et sur ce qu'ils en imaginaient, sans chercher trop à pénétrer dans l'intimité de ces corps même. L'idée de gastrite ne devait venir qu'après les travaux d'anatomie; elle était faite pour se répandre surtout dans les pays où l'anatomie était cultivée; et c'est en effet ce que l'histoire ancienne et contemporaine nous démontrent. D'idées différentes sur les maladies, des traitemens différens ont nécessairement résulté, comme nous le trouvons partout; enfin la gastrite est née presque de nos jours avec toute son importance. C'est spécialement dans la médecine française qu'elle a trouvé son origine, et beaucoup de nations ne la connaissent pas encore.

Comment se fait-il donc qu'elle ait été si longtemps inconnue? Comment n'a-t-on pas adopté partout nos opinions? Est-il possible qu'une médecine qui n'est pas éclairée par cette idée ne soit pas meurtrière? Est-ce que la gastrite n'existait pas pour les hommes qui nous ont précédés? Est-ce qu'elle n'existe pas pour ceux de nos contemporains dont la médecine ne ressemble pas à la nôtre? Est-ce que la gastrite, comme la syphilis, est une grande épidémie inconnue à nos pères, et dont nous pourrions encore dater l'origine toute récente? La gastrite est-elle un mal imaginaire, un produit de théorie, quelque chose d'hypothétique comme a été l'asthénie de

Brown, qui a fait son temps dans l'école? Incontestablement, non : on ne peut répondre que négativement à toutes ces questions. Rien de tout cela n'est vrai sur la gastrite; c'est un mal très-réel, très-anciennement existant, c'est-à-dire, existant depuis que les hommes se servent de leur estomac; existant partout où l'on digère, indépendamment de toute hypothèse et même malgré toute hypothèse, mais qui devait rester méconnue jusqu'au moment où on s'aviserait, non plus d'imaginer un monde, mais de l'observer, et par conséquent de poursuivre la marche de chaque maladie dans des détails soumis à l'observation matérielle.

Mais, de ce que l'observation matérielle de la gastrite n'était pas encore venue, il ne s'ensuit pas que toute observation antérieure doive être négligée et considérée comme nulle; de ce que la constatation matérielle de l'état cadavérique correspondant y manque, il ne s'ensuit pas qu'à compter de l'ère de la gastrite seulement la vraie médecine, la science thérapeutique ait commencé; il ne s'ensuit pas que la gastrite doive universellement compter pour la seule maladie primitive; qu'il faille repousser du traitement tout ce qui n'est pas idée thérapeutique déduite de l'observation de la gastrite, la négation sur tous ces points ne doit pas être moins positive et moins ferme que sur tous ceux que, dans un sens différent, nous présentions tout à l'heure sous forme de questions. Et la preuve, c'est que la gastrite, naguère universelle parmi nous, a déjà perdu de son importance, et qu'on commence, quoique dix ans à peine nous séparent du règne le plus brillant de la gastrite, à se demander partout les uns aux autres ce qu'elle est devenue; il n'y a plus que quelques adeptes qui la voient, et la masse des médecins, même des médecins anatomo-pathologistes, tombent d'accord que, dans l'immense majorité des cas ils ne trouvent pas ce qu'on leur avait tant vanté. Et pourtant la physiologie et la pathologie s'accordent pour constater l'existence réelle de la gastrite; la physiologie, en répandant ses lumières sur la texture et les fonctions de l'estomac; la pathologie, en révélant la coïncidence des lésions de l'estomac avec des lésions analogues dans les autres organes, et, d'autre part, en montrant la fréquente coïncidence des lésions fonctionnelles et des lésions matérielles de l'organe gastrique.

Il y a gastrite incontestable, non-seulement quand l'organe est engorgé de sang, et que ce sang combiné avec les tissus les endurcit ou les ramollit, ce qui réduirait la gastrite à l'état d'un estomac phlogosé, vu sur le cadavre; mais il y a gastrite toutes les fois que se montrent les symptômes communs pendant la vie à tous ceux qui présentent, après la mort, la gastrite cadavérique. Ainsi, il y a gastrite toutes les fois que les fonctions de l'estomac sont perverties, qu'il y a dégoût, nausées vomissemens et en même temps des signes de réaction générale sur l'organisme, par le fait de l'état maladif de l'estomac, quels que soient les signes par lesquels cette réaction générale de l'estomac sur tout l'organisme se manifeste; soit que, par le fait de la suspension des fonctions de l'estomac, les matières alimentaires cessent de réparer ce que perd chaque jour la machine; soit que, par le fait des liaisons de l'estomac et du système nerveux encéphalo-rachidien, des douleurs et fatigues très-diverses se fassent sentir dans les organes auxquels aboutit principalement ce système nerveux; soit que par l'influence du même organe sur le centre circulatoire, il y ait des altérations observées dans la circulation. Tout cela sera le produit et le caractère de la gastrite, à une seule condition, c'est que préalablement la gastrite elle-même existe, c'est-à-dire que l'estomac et ses dépendances soient le point de départ des accidens. Ce qui est presque toujours facile à juger par l'existence de troubles préalables dans les fonctions digestives, fonctions tout extérieures, et dont les moindres déragemens frappent le malade et l'observateur même les moins attentifs.

On voit que je ne ménage pas l'espace à la gastrite, puisque je crois qu'une nuance de gastrite existe toutes les fois que l'estomac manifeste son altération au moins par quelque désordre fonctionnel local, et par quelques phénomènes généraux; puisque je la reconnais, non-seulement dans les cas où l'irritation des viscères est vive, franche et bien tranchée comme dans les gastrites par empoisonnement irritant; non-seulement quand elle est manifeste, quoique lente, par l'espèce d'exacerbation qu'elle prend sous l'influence de la moindre cause, comme dans la gastrite chronique; mais encore puisque je la crois très-réelle et très-appréciable dans les cas que l'on a appelés embarras gastriques, dans les indigestions, dans les fortes migraines et dans les phlogoses vives, aiguës ou chroniques de tous les organes, quand les phénomènes gastriques viennent compliquer une maladie quelconque. Le groupe gastrite qui comprend tout cela est un des groupes les plus abondans en maladies que nous ayons. Mais, à côté de ce groupement fondé sur les faits les plus nombreux de physiologie et de pathologie, nous ne devons pas perdre de vue non plus d'autres vérités non moins frappantes, c'est que dans toutes ces gastrites nous n'avons pas sous les yeux les mêmes choses, c'est surtout que quand nous mettons en parallèle les observations recueillies sur ces différentes sortes de gastrites, nous saisissons entre elles des différences telles que nous faisons naturellement des groupes secondaires, subdivisibles encore en d'autres groupes plus isolés jusqu'à chaque cas particulier, comme ils se présentent dans la pratique. C'est enfin que pour le traitement, tout en subordonnant le groupe général à l'idée gastrite, nous ne devons pas perdre de vue l'espèce particulière de gastrite à laquelle nous avons affaire.

En effet, certaines gastrites se présentent avec tous les phénomènes propres à l'irritation de l'estomac, sans rien de plus; il y a nausées, vomissemens, particulièrement quand on vient d'ingérer quelques substances alimentaires ou autres dans l'estomac; douleur à l'épigastre, soif, rougeur et sécheresse de la langue, chaleur de la peau plus développée que dans l'état normal, perte de l'appétit et des forces. C'est une de ces gastrites franches entre lesquelles il n'y a de différence, pour ainsi dire, que par le degré d'intensité; ce sont

celles qui guérissent le plus sûrement et le plus facilement à l'aide de la diète et des moyens dits antiphlogistiques adressés à l'estomac.

Mais, dans un très-grand nombre de cas, où les phénomènes propres à la gastrite sont moins purs de tout mélange, s'il est permis de s'exprimer ainsi, la gastrite plus moins intense existe toujours, mais combinée avec des états de l'organisme plus ou moins variables et compliqués. Ainsi, il y a gastrite dans les empoisonnemens par les substances minérales, et pourtant le traitement est subordonné à des idées chimiques; il y a gastrite dans les empoisonnemens par les narcotico-âcres, quoique chacune de ces substances agisse d'une manière particulière sur la sensibilité de l'estomac, et en modifie d'une manière toute spéciale les fonctions, soit sous le rapport de la durée des phénomènes d'empoisonnement, soit sous le rapport de leur intensité, soit sous celui de leur nature, soit enfin sous celui des indications thérapeutiques. Telles sont les gastrites manifestées, quels que soient les accidens généraux, toutes les fois qu'il y a empoisonnement par ingestion de la digitale pourprée, de la belladone, des cantharides, etc. Il y a encore gastrite dans les cas où les phénomènes caractéristiques de cet état se manifestent sous l'influence d'une cause générale, comme dans les gastrites rhumatismales, goutteuses, éruptives, gastrites pour le traitement desquelles c'est moins peut-être la position du mal que sa cause prochaine qu'il faut saisir et étudier pour y opposer avec quelque succès les moyens que l'art met à notre disposition. Enfin, n'y a-t-il pas gastrite dans ces états particuliers où à un sentiment de plénitude douloureuse à l'estomac se joint une grande fatigue dans tous les membres, un grand dégoût des alimens, de fréquentes nausées, une soif assez considérable, en un mot, tous les phénomènes propres à l'inflammation légère de l'estomac, qu'il y ait ou non en même temps des désordres organiques ou fonctionnels dans d'autres appareils de l'économie, comme cela arrive dans une infinité de cas, que nous ne parcourrons pas ici, pour ne pas épuiser la patience du lecteur, et dont tout médecin peut trouver dans sa mémoire des exemples surabondans?

Dans tout cela personne ne me semble contester aujourd'hui l'existence de la gastrite; mais si j'ai choisi ces exemples exprès de telle sorte qu'on ne puisse leur refuser le titre de gastrites, je ne dois pas moins insister aussi sur cette remarque que si on se contentait de voir dans tout cela la gastrite simple telle que l'école physiologique la voulait faire, on ne manquerait pas de tomber dans un étrange embarras, et on ne tarderait pas à rencontrer dans les résultats d'un traitement identique, appliqué à tous les élémens de ce chaos, la preuve la plus frappante que rien n'est plus différent que toutes ces sortes de gastrites.

Croit-on en effet qu'il y ait au monde un médecin, ou systématique, ou même statisticien, assez endurci pour proposer le même traitement dans tous les cas que nous avons pris pour exemples? Ne les voyons-nous pas toujours au contraire chercher dans la pratique, pour chacun de ces cas, quelque loi qu'ils puissent invoquer avec plus de sûreté que celles de leurs chiffres ou de leurs systèmes? Chacun n'a-t-il pas soin comme nous de varier ses moyens thérapeutiques, suivant qu'il trouve en face de lui une gastrite franche, aiguë ou chronique, une gastrite avec narcotisme ou avec destruction spéciale des tissus de l'estomac, une gastrite saburrale, une gastrite dépendante de quelque affection générale, comme d'une fièvre éruptive, d'une fièvre intermittente, du rhumatisme ou de la goutte? Et n'a-t-on pas dans cette variabilité nécessaire du traitement une démonstration suffisante des différences que je veux établir entre ces gastrites?

D'abord, il est toujours possible de les distinguer les unes des autres; si elles ont certains signes communs, signes qui les constituent gastrites, elles ont toutes quelque chose de particulier qui détermine leur spécialité. Il n'est pas ne médecin qui se laisse prendre à les confondre, sinon au premier coup-d'œil, au moins après un examen attentif de quelques instans, ou au plus de quelques jours. Or, de ce qu'il y a des différences entre ces gastrites, différences non-seulement superficielles, non-seulement d'intensité, mais différences capitales, différences de nature intime, différences telles qu'elles se comporteront chacune à leur manière vis-à-vis des mêmes agens thérapeutiques, n'est-il pas manifeste que l'idée de gastrite est loin d'être une et simple? Ne s'ensuit-il pas aussi que les indications du traitement peuvent très-bien différer dans les différens cas que nous venons de citer pour exemples? Ne s'ensuit-il pas enfin que, soit à l'étranger, soit dans des temps divers et des lieux plus ou moins éloignés, des traitemens différens aient pu et puissent être avec succès opposés à cette *gastrite*, parce qu'on partirait ou qu'on serait parti moins de la considération du siége de la maladie, et de sa nature inflammatoire, que de la considération de sa cause prochaine et des indications que la nature intime de cette cause devait fournir pour le traitement? N'est-ce pas là que sont arrivés en réalité, au milieu de leurs divagations théoriques, les bons observateurs de tous les temps, de tous les lieux? N'est-ce pas de ce double ordre de faits que dans une thérapeutique raisonnable et non systématique, nous devons puiser désormais les plus actives de nos indications de pratique? Avec des systèmes exclusifs nous prendrions exclusivement nos moyens de traitement dans un seul ordre d'agens; ainsi, dans le temps de l'asthénie, on cherchait à fortifier, dans le temps de la gastrite, on recourait exclusivement aux antiphlogistiques; dans les opinions à maladies spécifiques on se hâtait d'employer les spécifiques à la mode: avec une manière de voir plus large et plus philosophique, nous procéderons plus sagement, en prenant les choses comme elles sont et pour ce qu'elles sont. Nous ne croirons plus avoir tout dit et tout fait quand nous aurons prononcé le mot gastrite; nous ne le considérerons plus comme une chose entraînant fatalement après soi toutes les déductions de l'école physiologique: mais, en faisant la part que la considération de l'excitation mor-

bide doit avoir dans les indications du traitement, nous porterons notre vue plus loin et nous nous demanderons quels caractères particuliers marquent cette gastrite? Elle est gastrite, parce qu'il y a douleur locale augmentant par la pression; réaction fébrile plus ou moins considérable; intolérance absolue de l'organe pour tout ce qui exige de sa part un travail fonctionnel; envie de vomir presque continuelle; défaut d'appétit, soif intense; mais elle est plus que cela, à moins qu'il n'y ait en même temps absence d'altérations dans d'autres parties ou d'autres organes plus ou moins importans; elle est encore, et surtout, ce que la font les complications dont elle est accompagnée et dont elle dépend, soit que ces complications dérivent de la nature de la maladie, de sa cause, de sa conséquence probable, ou enfin de la constitution particulière du sujet, du moment où il en est pris. Eh bien! aucun praticien ne contestera que dans la gastrite aiguë, franche, simple, le traitement antiphlogistique démontre ses plus grands avantages; là triomphe véritablement le traitement antiphlogistique local. A quel médecin a-t-on besoin de faire remarquer que, dans la simple gastrite chronique, le régime bien réglé devient le remède par excellence? que dans la gastrite avec prédominance des phénomènes nerveux, celle qu'on nomme gastralgie, les antiphlogistiques et le régime perdent presque toute valeur thérapeutique, et doivent céder la place aux moyens propres à calmer la sensibilité trop exaltée de l'organe, à l'opium et à ses préparations? que dans la gastrite compliquée d'accidens cérébraux, comme dans les empoisonnemens par les substances narcotico-âcres, les antiphlogistiques, applicables dans une certaine mesure et seulement sous le point de vue de l'irritation, ne peuvent tenir lieu d'autres moyens appelés en outre à concourir au traitement, soit parce qu'ils décomposent et annulent en quelque sorte le venin introduit, soit parce qu'ils travaillent physiologiquement à mettre les organes hors de l'atteinte des substances vénéneuses? que dans la gastrite rhumatismale, dans la gastrite goutteuse, la nature particulère du mal fournit sa part d'indications d'une manière aussi précise, pour le moins, que les phénomènes inflammatoires développés en même temps, tellement que ces gastrites ne se comportent pas comme toutes celles dont nous avons jusqu'ici parlé, vis-à-vis des agens antiphlogistiques, narcotiques, spécifiques, etc.; mais au contraire, tout en subissant la loi de ces agens, quand on les leur oppose, gardent néanmoins toujours quelque chose de propre aux causes prochaines dont elles dérivent?

Que n'aurions-nous pas à dire sur les gastrites toutes spéciales qui résultent d'autres maladies! sur celle qui dépend d'une altération organique du cœur; sur celle qui est le produit d'une fièvre intermittente prolongée; sur celle qui se complique de productions anormales sans analogues dans l'économie à l'état sain; sur celles qui sont accompagnées d'embarras divers, muqueux ou bilieux des veines digestives. Est-il un seul médecin qui ne regarde toutes ces considérations comme autant de sources des plus importantes indications? soit qu'on regarde l'irritation comme le caractère prédominant de l'affection, soit qu'on trouve plus d'importance à l'état saburral des premièrer voies, soit qu'on s'attache plus aux conséquences possibles de ce qui existe, il est toujours vrai que les indications capitales surgissent de ces considérations; il est toujours vrai que le succès est le prix de la sage appréciation de toutes ces circonstances; il demeure évident que l'étude de toutes ces analogies suivant leur ordre d'importance, doit être l'étude continuelle du médecin.

Ainsi donc la gastrite, comme toutes les affections, se range dans la classification générale que nous avons posée en principe. Ni tout ce qu'on a fait depuis trente ans pour l'inféoder à un système, ni tous les efforts auparavant consacrés à la rattacher à des systèmes moins avancés, ni tous les travaux entrepris pour forcer les maladies à se placer sous les lois inflexibles de l'arithmétique; rien de tout cela ne peut dérober la gastrite au joug que toute maladie doit subir; la raison de tous les temps et de tous les lieux l'y ramène sans cesse, et, à défaut de la raison, la dure loi de l'expérience et de la nécessité l'y rejette; soit comme loi générale partant d'un principe pour aller aux conséquences, soit comme application, partant d'un fait de détail pour remonter au principe moteur, toujours et partout se vérifie la loi des analogies par ordre d'importance. La gastrite, naguère universelle, n'y échappe en définitive pas plus que les maladies sur lesquelles l'éclectisme s'est le plus exercé. S. SANDRAS.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Observations pharmaceutiques diverses; par M. MIALHE, pharmacien en chef de l'hôpital Saint-Antoine (1).

Examen des formes des médicamens. — Les matières très-variées qui constituent l'abondance, trop souvent stérile, de la thérapeutique, sont, comme on sait, rarement employées vierges de toute manipulation; le plus souvent, au contraire, on leur fait subir des modifications ou des réactions chimiques plus ou moins complexes, qui en facilitent l'administration ou en modifient les propriétés. De là la création d'un assez bon nombre de formes pharmaceutiques que les praticiens se sont plu à imaginer, dans le but de remplir ces précieux avantages. Mais de ce que le pharmacien peut donner à une drogue médicinale un grand nombre de formes, faut-il pour cela que le praticien, qui met en vogue telle ou telle substance, s'efforce avant tout, comme on en a des exemples, de lui faire subir tous les genres de préparations qui sont à sa disposition? Non, sans doute! Et l'art de ne faire éprouver à chaque substance que les manipulations qui conviennent à sa nature propre,

(1) Extrait d'une thèse présentée à l'école de pharmacie.

constitue l'une des parties les plus utiles de l'art de guérir.

Mais, s'il faut convenir que c'est là l'une des parties les plus difficiles de la pharmacologie, il est juste aussi d'avouer que c'est malheureusement l'une des plus négligées. Il me suffira, je crois, de citer quelques formules à l'appui de ce que j'avance pour faire sentir la vérité de mes réflexions.

Poudre dentifrice au sulfate de quinine.—Cette formule a été proposée pour remplacer les poudres dentifrices au quinquina, et pourtant les praticiens savent que c'est au tannin, bien plus qu'aux alcalis du quinquina que cette écorce doit ses propriétés odontalgiques.

Chocolat à l'iodure de fer. — C'est le proto-iodure de fer qui entre dans cette composition, et cependant il est plus que probable que le malade ne fait usage que du sous-périodure.

Vin d'aloës. — Il suffit d'avoir goûté une seule fois l'aloës pour être persuadé que l'administration de cette préparation pharmaceutique doit être au moins fort désagréable.

Est-il rationnel d'avoir inventé des pastilles à la rhubarbe, au sulfate de quinine, etc.? Ces pastilles n'ont-elles pas été créées contre l'esprit de l'institution de cette forme médicamenteuse, qui ne doit compter que des médicamens de pur agrément?

Voilà, je pense, suffisamment d'exemples de préparations incohérentes, et cependant je n'en ai puisé aucun dans le chapitre des médicamens chlorurés, qui en fourmille, ni dans celui qui a trait à la kréosote, qui ne lui cède en rien.

Poudre de limaille de fer. — Le fer pur étant un métal très-difficilement pulvérisable, ne pourrait-on pas lui substituer l'acier trempé, qui se pulvérise sans trop de difficultés? les quelques millièmes de charbon qu'il contient ne me paraissent pas constituer un empêchement à cette substitution.

Sucs acides (clarification). — A l'inconvénient que les sucs de pommes, de coings, offrent de se troubler de nouveau après plusieurs filtrations successives, quand on les clarifie par les amandes, il faut en joindre deux autres : le premier, c'est de faire perdre à ces sucs la couleur qui leur est propre; et le second, c'est de leur communiquer une saveur prussique, attendu qu'il est très-difficile de rencontrer des amandes douces entièrement exemptes d'amandes amères, et qu'il suffit de la présence d'une seule de ces semences pour communiquer cette saveur à une grande quantité de suc.

Looch blanc. — L'expérience m'a depuis longtemps appris qu'il est préférable de battre l'huile d'amandes douces, qui fait partie du looch du Codex, avec les amandes, au lieu de l'ajouter au mucilage, comme le recommandent les auteurs. On obtient ainsi une émulsion très-bien liée, et qui, après l'addition de la gomme adragante, donne un médicament de la plus grande blancheur.

Teintures alcooliques. — Les teintures alcooliques constituent un genre de médicamens, utiles sans doute, mais qui dans plusieurs cas seraient avantageusement remplacés par les alcoolatures. Il est même des plantes qui, employées sèches, donnent des teintures qui n'ont d'autre action que celle d'une liqueur hydro-alcoolique simple; tandis que ces mêmes végétaux, pris dans l'état de fraîcheur, fournissent des alcoolatures d'une très-grande énergie, et qu'il convient d'employer avec circonspection.

Le Codex a réduit, comme on le sait, à trois les degrés de l'alcool qui doit servir à la préparation des teintures. Cette manière d'agir me paraît assez arbitraire; car il y a tout lieu de penser que, si des expériences avaient été faites à ce sujet, on se serait sans doute convaincu qu'il y a trop loin de 22 à 32 degrés, et que la nature de telle ou telle substance aurait réclamé un degré intermédiaire. Mais, en supposant qu'on s'en tienne toujours seulement à ces trois degrés d'alcool dans la préparation des teintures, il conviendrait au moins de réviser leur classification, attendu qu'il est des substances faisant partie des teintures à 22° qui me sembleraient mieux placées parmi celles préparées avec de l'alcool à 32°, et *vice versâ*. Je trouve, par exemple, le jalap et le gayac, substances éminemment résineuses, parmi les teintures à 22°, et la digitale et l'aloës parmi celles à 32°. Je laisse aux praticiens le droit de décider si ces exemples confirment ou non la pensée que je viens d'exprimer.

Eau de laurier-cerise — L'eau de laurier-cerise constitue un médicament variable dans sa constitution chimique et partant un mauvais médicament, qui devrait peut-être être rayé de la matière médicale. Cette variation de constitution tient à plusieurs causes : 1° de ce que tous les praticiens ne retirent pas la même quantité d'eau à la distillation; 2° de l'âge et de l'époque de la végétation et sans doute aussi de la température de l'année; 3° de l'époque plus ou moins éloignée de sa préparation.

Toutefois, il n'est peut-être pas sans intérêt de faire remarquer que cette eau prussique se conserve sans altération bien apparente, infiniment plus longtemps que ne le ferait une solution aqueuse d'acide hydrocyanique renfermant la même quantité d'acide réel. J'ai cru trouver l'explication de ce phénomène dans une donnée d'Ittner : ce chimiste a vu une solution d'acide prussique dans une huile essentielle se conserver indéfiniment sans subir la moindre altération. Or, comme dans les eaux prussiques une huile volatile accompagne toujours l'acide hydrocyanique, ne se pourrait-il pas que ce fût à sa présence que l'acide cyanhydrique dût sa stabilité? Si le phénomène rapporté par le chimiste précité est parfaitement exact, ne pourrait-on pas utiliser cette propriété en conservant l'acide prussique pour l'usage de la médecine, dans une huile de peu d'action sur l'économie, telle, par exemple, qu'une huile des hespéridées ou des labiées?

Puisqu'il est bien démontré, cependant, que l'eau de laurier-cerise n'a pas et ne peut avoir toujours le même degré d'action, ne serait-il pas possible de remplacer cet hydrolat par de l'eau distillée d'amandes amères,

que l'on pourrait se procurer en tout temps et dans un état plus voisin d'identité? C'est aux médecins, auxquels je soumets cette idée, d'en assigner la valeur par l'expérience.

Eaux distillées (conservation). — Les eaux distillées, contre l'opinion de quelques pharmacologistes, ne doivent jamais être conservées que dans des vases qui bouchent hermétiquement. Mais quand on fait usage de bouchons de liége, il convient de prendre la précaution de les recouvrir avec une feuille d'étain. Par ce moyen on empêche que les vapeurs de l'eau ne viennent faire moisir le bouchon, et que l'eau elle-même ne contracte l'odeur de moisi, comme cela arrive assez fréquemment. C'est cet inconvénient des bouchons non couverts, qui, mal interprété, avait fait croire à nombre de praticiens estimables qu'il était préférable de ne boucher les bouteilles d'eaux distillées qu'avec un simple bouchon de papier.

Huiles essentielles (préparation). — Tous les ouvrages de pharmacologie s'accordent sur la nécessité de retarder le point d'ébullition de l'eau dans la préparation de certaines huiles essentielles et cependant ce n'est d'aucune utilité, ainsi que je m'en suis convaincu par l'expérience.

J'ai placé une once d'essence de térébenthine dans huit onces d'eau distillée. J'ai soumis le tout à la distillation, et, quand la moitié du mélange a été distillée, je l'ai placé dans un tube gradué et j'ai marqué la quantité d'essence obtenue. J'ai fait une seconde expérience, en tout semblable à la première, mais avec de l'eau saturée de sel marin. J'ai reçu la même quantité de liquide distillé, et j'ai trouvé qu'il ne renfermait pas plus d'huile volatile que celui de la première opération, bien qu'ayant mis plus de temps à passer à la distillation, phénomène qui, s'il est constant, pourrait être attribué à l'affinité réciproque de l'eau et du sel.

Ce résultat eût paru extraordinaire et tout à fait inexplicable avec les belles expériences de Rudberg; maintenant on a pu le prévoir, et l'expérience n'a fait que sanctionner la prévision.

On m'objectera peut-être, que n'ayant point fait l'expérience avec une huile plus dense que l'eau, je ne puis rien conclure de mes résultats? Mais je fais observer que les points d'ébullition de l'eau et de l'essence de térébenthine sont encore assez éloignés l'un de l'autre pour que la solution saline eût facilité la distillation de l'essence, si de semblables dissolutions avaient en effet le pouvoir d'augmenter la force ascensionnelle des huiles volatiles.

Nouvelles réflexions sur la préparation de la pâte de Lichen d'Islande.

Monsieur le rédacteur, bien que le procédé que vous avez publié dans l'un des derniers numéros de votre estimable journal, pour la préparation de la pâte de lichen, soit à peu près généralement suivi par tous les pharmaciens, il me paraît cependant susceptible d'une modification plus importante que celle proposée par M. L. Pille, et qui consiste à remplacer par du sucre l'huile dont on se servait pour couler la pâte sur une table de marbre; car la pâte préparée par ce procédé est terne, opaque, d'un aspect peu agréable, et susceptible de se dessécher très-promptement à cause des bulles d'air introduites par l'agitation.

Pour obvier à ces inconvéniens, et pour obtenir une pâte transparente, d'une belle couleur blonde, pouvant se conserver longtemps sans se durcir, je proposerais de la préparer désormais de la manière suivante:

Pr.	Lichen d'Islande mondé.		livre j.
	Gomme arabique.	aa.	livre ij.
	Sucre en pain.		
	Eau de fleurs d'oranger.		ʒ iv.

Faites bouillir le lichen, pendant environ cinq minutes dans quantité suffisante d'eau dans laquelle vous aurez ajouté vingt grains de sous-carbonate de potasse; jetez cette eau, lavez bien le lichen, et faites ensuite, dans une nouvelle quantité d'eau, une très-forte décoction que vous passerez avec expression au travers d'un linge; d'autre part, faites dissoudre la gomme dans le moins d'eau possible, ajoutez le sucre, et, après solution, passez; mêlez cette solution gommo-sucrée au décoctum de lichen, faites évaporer à une douce chaleur jusqu'en consistance de pate très-molle; mettez-la alors au bain-marie en y ajoutant l'eau de fleurs d'oranger; entretenez la chaleur pendant quelques heures, pour permettre aux écumes et aux bulles d'air interposées par l'agitation de gagner la surface du vase; après le refroidissement, enlevez cette écume, versez la pâte dans des moules à pâte de jujubes très-légèrement huilés, et portez à l'étuve pour lui donner la consistance de cette dernière pâte.

Cette formule, qui fut à peu près proposée par MM. les rédacteurs du *Journal de pharmacie*, t. X, p. 608, ne fut généralement pas adoptée par les pharmaciens, dans la crainte, sans doute, que cette pâte ainsi préparée ne pût être remplacée chez les confiseurs par une pâte de gomme; mais cette crainte est sans fondement, car il est possible de donner à la pâte de gomme l'aspect de la pâte de lichen, dont la saveur particulière ne laisse d'ailleurs aucune prise à cette substitution.

G. D.

N° 20. — 30 Oct.

Du tétanos et de son traitement.

En réfléchissant aux dissidences qui règnent aujourd'hui sur les traitemens applicables à certaines maladies, même à celles réputées les mieux connues, on est porté à penser que dans les phénomènes les plus patens de l'organisme, il est des élémens qui nous échappent et dont la connaissance trancherait sans doute ces interminables discussions où la théorie tend sans cesse à

violenter les faits, lors même que l'amour-propre ou la mauvaise foi ne cherchent pas à les dénaturer. En scrutant les causes des résultats si divers obtenus par des praticiens dont la probité scientifique nous est le moins suspecte, nous sommes arrivés à cette conclusion que nécessairement la nature possède plusieurs voies pour conduire au même résultat, et que des faits antipathiques en apparence peuvent néanmoins être compris, à l'aide de certains principes avoués par tous les gens de l'art : c'est ainsi que l'inflammation, ce phénomène morbide dont les caractères extérieurs sont si connus, cède à des moyens très-divers et souvent opposés dans leur mode d'action directe, suivant les applications qu'on sait en faire. Ainsi, les évacuations sanguines, les astringens, les dérivatifs conduisent dans bien des cas au même but. C'est qu'en thérapeutique il est deux termes essentiels à considérer : 1° l'instrument mis en œuvre; 2° la main qui le dirige. Car un instrument bon en lui-même peut être fatal dans des mains inhabiles, et *vice versâ*. Cet axiome de chirurgie nous paraît entièrement applicable à la médecine. Tel est le texte que nous nous proposons de développer, en nous appuyant sur des faits, à l'égard, par exemple, du traitement de l'affection typhoïde par les débilitans, les excitans, les purgatifs, etc. Il s'agit aujourd'hui d'un tétanos qui, après avoir résisté à l'emploi de divers moyens rationnels, a cédé au plus empirique des remèdes. Un mot vient de nous échapper que nous voudrions voir rayer du vocabulaire philosophique de l'art : le mot *empirisme*, en effet, n'est que l'expression de notre ignorance, car tout phénomène physique a sa cause *rationnelle* dans la nature; or, c'est cette cause qu'il faut s'attacher à découvrir. Quelque insoluble que paraisse parfois le problème, ne désespérons pas de l'avenir de l'art et de la puissance de l'esprit humain.

L'observation que nous allons produire paraîtra peut-être un peu longue; mais il faut que le lecteur passe par toutes les péripéties où nous avons passé nous-mêmes : établir les motifs de ses déterminations est le meilleur moyen d'instruire les hommes qui aiment à réfléchir et à se rendre compte de leurs actions.

Tétanos dit spontané, traité sans succès par divers moyens rationnels, et guéri par les frictions mercurielles.

Caroline Hupsmidt, vingt-cinq ans, taille moyenne, constitution forte et sanguine, peau brune, cheveux noirs, profession de domestique, s'était toujours bien portée, lorsqu'il y a trois jours (17 juin), ayant pris une boisson froide après le travail, elle ressentit du frisson suivi de chaleur, de sueur, puis de douleur, de roideur dans les lombes, et de contraction intense dans les muscles élévateurs de la mâchoire inférieure, au point de ne pouvoir entr'ouvrir la bouche. Les tentatives de flexion du tronc déterminaient de vives douleurs dans le dos. Elle entre à la clinique le 20 juin 1836.

Le trismus est très-prononcé; les muscles de la face sont contractés vers le centre; les yeux sont très-sensibles à la lumière, les pupilles rétrécies, les paupières mobiles; douleur et roideur considérables dans les muscles de la nuque et du dos. La région dorso-lombaire est cambrée (opistothonos), et ne porte pas sur la couche; lorqu'on soulève la tête, le tronc est élevé d'une seule pièce. La douleur s'étend à l'épigastre et augmente à la pression qui réveille de légers spasmes. Néanmoins les membres sont libres et flexibles. Céphalalgie passagère, sans vertiges ni délire, abattement moral; chaleur intense de la peau; pouls large et fréquent; sentiment de pression à la région précordiale; soif; la malade dit avoir de l'appétit, mais la mastication est impossible; déglutition libre, constipation, urines rouges, mais faciles; sueurs continuelles. La respiration est naturelle; les règles ont eu lieu il y a six jours. On lui a fait une saignée en ville. Un tel appareil de réaction, en indiquant la nature présumée de la maladie, indiquait en même temps, surtout chez un sujet de cette constitution, l'emploi des antiphlogistiques, puis celui des narcotiques dans le but de calmer l'éréthysme nerveux. Nous prescrivons : *saignée de vingt onces, vingt-cinq ventouses scarifiées sur la région lombaire* (1)*; extrait d'opium, six grains* (un grain de deux en deux heures); *infusion de tilleul.* Le sang de la saignée offre un caillot volumineux, sans couënne.

Le 21, même état : pouls large et dur, à 120; chaleur, sueurs abondantes, insomnie : *trente ventouses scarifiées* au rachis, *dix grains d'opium*. Par surcroît de moyens, nous prescrivons un *bain alcalin* (carbonate de soude ℥ iv) : elle y reste trois quarts d'heure; l'anxiété précordiale augmente; cependant les douleurs lombaires paraissent diminuées; les sueurs continuent.

Le 22, même état: contractions brusques, violentes des lombes, avec vives douleurs irradiant à l'épigastre; l'appareil tétanique persiste avec la même intensité. Pouls fréquent, résistant; oppression, constipation, sueurs, éruption miliaire rouge sur la poitrine et les bras : *saignée de dix onces; opium, dix grains; bain alcalin; tilleul.*

Le 23, même état: *trente ventouses scarifiées* au rachis; *opium, dix grains;* contre la constipation : *pilules laxatives* (avec calomel, résine de jalap, savon médical *aa* gr. vj.)

Le 24, une selle. Douleur et tension à l'épigastre; oppression. La rigidité dorso-lombaire paraît moindre, mais les secousses continuent à de courts intervalles. La peau est toujours chaude, sudorale, le pouls dur et fréquent : *vingt-cinq ventouses scarifiées* à la région précordiale; *opium, dix grains; calomel six grains; bain tiède.* (En sortant du bain, elle a pu se recoucher seule.)

Le 25, la malade se dit mieux; mais la rigidité de la mâchoire, de la nuque, des lombes persiste et paraît même s'étendre aux extrémités inférieures. Secousses

(1) Les ventouses scarifiées, telles qu'on les emploie à Strasbourg, n'équivalent pas chacune à l'application d'une bonne sangsue.

spasmodiques; pupilles contractées; constipation; pouls dur, fréquent; sueurs: *saignée de douze onces; opium, dix grains; pilules laxatives* (ut suprà); *bain.*

Le 26, même état: secousses douloureuses, pouls fréquent, face grippée; ventre dur, sensible; constipation de quatre jours. Nous tentons alors d'associer le *camphre* a l'*opium*, *de chaque dix grains; bain; vésicatoire entre les épaules*, dans le but de dériver l'irritation spéciale et d'appliquer la morphine. Le soir, la malade dit avoir un peu de rémission, elle se plaint de douleur à la langue qu'elle sent faire saillie entre les mâchoires. (Celles-ci n'ont jamais été complétement serrées, quoique roides et douloureuses.) Nous croyons apercevoir des aphtes mercurielles.

Le 27, deux selles; toujours peau chaude, pouls développé, à 124, face contractée: pilules de *camphre* et d'*opium; saupoudrer le vésicatoire d'un grain d'acétate de morphine, matin et soir; bain prolongé; tisane de tamarin* ℥ j.

Le 28, elle a eu des rêvasseries dans la nuit; face pâle, contractée; spasmes lombaires éveillés par le mouvement; céphalalgie; bouche douloureuse; pouls à 120; la miliaire persiste. L'insuffisance des moyens précédens et l'intégrité de l'appareil digestif, à part la douleur mercurielle de la bouche, nous engagent à tenter l'*acétate d'ammoniaque* une once, dans *infusion de tilleul* quatre onces, *sirop d'écorce d'oranges* une once.

Le 29, peu de rêvasseries; somnolence; douleur et contractions moins vives, yeux sensibles, pupilles contractées; la langue sort mieux de la bouche; constipation; toujours pouls large et fréquent; sueurs; miliaire; potion avec *acétate d'ammoniaque*; *lavement laxatif* (séné, sulfate de soude; de chaque, demi-once); *bain* prolongé.

Le 30, la tête paraît libre, sauf un peu de céphalalgie; spasmes plus rares; bouche douloureuse; un peu d'angine; pouls dur et fréquent: potion avec *acétate d'ammoniaque; bain; chiendent acidulé.*

Le 1er juillet, dixième jour de l'entrée, treizième de la maladie, rêvasseries, délire pendant la nuit; spasmes plus rares; elle ouvre mieux la bouche; la lange offre de petites ulcérations; pouls dur et fréquent; nous redoutons la méningite: *vingt sangsues derrière les oreilles.* Le soir, l'état du pouls, la chaleur, la somnolence nous engagent à prescrire une cinquième *saignée de neuf onces.* Mais après la saignée, délire violent, la malade veut sortir de son lit et de l'hôpital; l'agitation dure jusqu'à minuit, puis deux heures de sommeil.

Le 2, état paisible, peu de spasme; la malade peut s'asseoir, bien qu'avec peine; la bouche s'ouvre à demi, mais la déglutition est gênée; bourdonnemens d'oreilles; vertiges quand elle se soulève; diarrhée; affaissement. L'état nous paraît des plus graves: *sinapismes aux jambes; frictions mercurielles sur le rachis* (deux gros, trois fois par jour). Dans la soirée, délire complet, loquacité incohérente, rire sardonique, lèvres contractées, œil égaré, facies hébété, carphologie, pouls fréquent et serré. Le pronostic se rembrunit: *un grain de musc,* d'heure en heure; *compresses acéteuses* sur le front; frictions de *pommade de belladone* sur les régions temporales qui sont douloureuses.

Le 3, dans la nuit, insomnie, agitation, délire. Ce matin, affaissement, pâleur, air égaré, carphologie: *bain chaud*, pendant lequel on fera des *affusions froides sur la tête; cataplasmes sinapisés* aux jambes.

Le 4, le délire agité a reparu la nuit et persiste ce matin; carphologie, soubresauts des tendons, affaissement considérable; cependant, chaleur de la peau, pouls fréquent, dur, mais peu développé. La méningite marche: *deux grains de calomel,* de deux heures en deux heures; *bain* avec *affusions froides.* On place un nouveau *vésicatoire à la nuque* (l'autre est sec depuis longtemps). Le soir, agitation extrême, spasmes des tendons, carphologie; en même temps, état comateux; peau chaude, pouls vif: nous risquons *dix sangsues derrière les oreilles.*

Le 5, l'ataxie a persisté, mais l'abattement augmente; pouls petit et fréquent; diarrhée. La catastrophe est imminente. Dans cet état désespéré, nous hasardons, sans trop savoir dans quel but, les *frictions mercurielles,* à haute dose (une once en trois fois), sur les cuisses; *lavement narcotico-émollient.*

Le 6, la malade a déliré toute la nuit; elle s'est fait une petite plaie à la tête en tombant de son lit. Ce matin, elle est assez tranquille. Depuis plusieurs jours, les lombes sont flexibles; les spasmes sont rares, mais la mâchoire est toujours roide et douloureuse; la miliaire est en desquamation depuis quelques jours que les sueurs ont cessé. Il y a déjà commencement de salivation, due sans doute aux frictions, le calomel pris antérieurement n'ayant produit que de la douleur avec ulcérations buccales: *frictions mercurielles* (une once).

Le 7, le délire nocturne a été moindre; état d'hier; éruption de quelques pustules d'ecthyma aux doigts des mains; pouls petit, mais fréquent; faiblesse extrême: *frictions mercurielles.*

Le 8, amélioration croissante: idées nettes, mouvemens libres, peau fraîche, pouls peu fréquent, point de diarrhée; le ptyalisme est établi: *frictions mercurielles; gargarisme* avec *alun* (demi-gros) et *oximel* (une once).

Le 9, très-peu de délire nocturne sommeil calme. Ce matin, visage épanoui, légèrement coloré, état général satisfaisant; mâchoire toujours un peu douloureuse aux articulations: *frictions mercurielles, gargarisme aluminé.*

Le 10, point de délire, sommeil paisible, idées riantes, mouvemens libres; deux selles naturelles. On ouvre plusieurs pustules suppurées aux doigts. La malade demande à manger. Ainsi s'établit la convalescence, le vingtième jour de l'entrée à l'hôpital, vingt-troisième de la maladie: *supprimé les frictions mercurielles; gargarisme aluminé;* frictions de *pommade de belladone* aux régions temporales; *un grain d'opium,* le soir; *soupe au riz.*

Les jours suivans, les forces reviennent par degrés; la salivation diminue; la mâchoire, moins douloureuse,

reprend sa liberté. La malade sort, le 19 juillet, complétement rétablie de sa longue et périlleuse affection.

Ainsi, vingt-trois jours de maladie, pendant lesquels cinq saignées, l'équivalent de cinquante sangsues environ, évacuations représentant de neuf à dix livres de sang; opium à haute dose, bains alcalins, bains simples, camphre, acétate d'ammoniaque, calomel, musc, affusions froides, vésicatoires, telle est la série de moyens énergiques auxquels la maladie a résisté, pour céder merveilleusement aux frictions mercurielles administrées, à la dose d'une once, pendant cinq jours....

Si l'on considère la constitution du sujet, la cause du refroidissement, et surtout ces signes de méningite encéphalique qu'il est si naturel de considérer comme due à l'extension de la maladie du prolongement rachidien, on ne pourra se refuser à reconnaître la nature irritative de cette affection. Cette idée de l'essence du tétanos est celle qui a dominé depuis Hippocrate, qui considérait cette maladie comme de nature *chaude;* c'est celle de la plupart des médecins français et italiens, de Sparenza, entre autres, qui a produit une si belle monographie du tétanos. Cette opinion résulte de ces épanchemens, injections, ramollissemens observés sur le cadavre par une foule d'auteurs et par nous-mêmes. Si les observations négatives, celles où l'on n'a trouvé aucun désordre appréciable, ne prouvent pas directement la phlegmasie, prouvent-elles mieux toute autre chose? Mais de ce que le tétanos est, vraisemblablement, un produit de l'irritation, s'ensuit-il qu'il doive toujours céder aux antiphlogistiques? Des faits multipliés prouvent le contraire; l'opium, le camphre, etc., comptent des succès; la *Gazette médicale* a dernièrement publié un cas de guérison par la rubéfaction dorsale de M. Petit. Et combien ne voyons-nous pas de phlegmasies manifestes : ophthalmie, angine, érysipèle, rhumatisme, voire même des phlegmasies internes : pneumonie, péritonite, hépatite, etc., résister aux antiphlogistiques? Si les évacuations sanguines étaient le seul remède approprié, elles devraient toujours guérir ou du moins soulager. C'est ce qui a fait dire, plus haut, que, dans les affections les plus patentes, parfois certains phénomènes nous échappent. Néanmoins, qu'on n'aille pas fausser notre pensée : les saignées sont, dans la plupart des phlegmasies, un remède héroïque; mais, en cas d'insuccès, il faut en chercher d'autres, qui souvent ne réussissent pas mieux. Dans le cas actuel, après bien d'autres tentatives, c'est le mercure qui a triomphé; peut-être eut-il échoué au début, et son action a-t-elle été préparée par les évacuations sanguines? Question insoluble; mais d'autres faits proclament les propriétés antiphlogistiques de ce remède, faits nombreux, publiés dans ce journal, où nous-mêmes, nous avons, un des premiers, proclamé l'efficacité des frictions mercurielles dans les phlegmasies séreuses aiguës Ce qui fait de la pratique l'art le plus difficile, c'est précisément de saisir, à l'aide du tact médical, l'occasion et le moment d'employer tel remède, de le substituer à tel autre. Sans doute il y a du bonheur dans certaines inspirations, et, en conscience, nous ne pouvons nous faire honneur du succès dans le cas actuel; mais ce bonheur n'arrivera qu'à celui qui, sans s'obstiner dans les voies malheureuses, saura le mieux varier ses moyens, suivant les résultats observés.

La moralité qui surgit de ce qui précède, c'est que la pratique est une école de tous les instans; c'est que l'inflexibilité des systèmes est une source d'erreurs et de calamités; c'est que le vrai praticien doit épier, *couver* sans cesse la maladie, *naturæ minister et interpres*, pour en suivre les phases, les déviations, et s'y conformer, sans idée préconçue. Or, ce grand art ne s'apprend que dans le livre de la nature.

FORGET,
Professeur de clinique médicale à la faculté de Strasbourg.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Du carbonate de soude considéré comme antidote des sels métalliques toxiques.

Les empoisonnemens par les sels métalliques se présentent si souvent et il est quelquefois si difficile de trouver immédiatement un médecin, surtout dans les campagnes, pour combattre ces accidens et en reconnaître les causes, qu'un moyen général, mis à la portée de tous et pouvant être employé d'abord par tous, a dû souvent exercer l'esprit des toxicologues. C'est dans ce but que j'ai fait les expériences dont je vais parler; et, comme elles me paraissent avoir confirmé le principe dont j'étais parti, je n'hésite pas à les publier immédiatement. Établissons d'abord ces questions :

1° Un corps absolument insoluble n'est point vénéneux, car il ne peut être absorbé.

2° Si un sel métallique a été ingéré, et si l'on parvient à le rendre insoluble dans le canal intestinal lui-même, l'empoisonnement n'aura point lieu.

Telles sont les règles qui, jusqu'à ce jour, ont servi de base à la toxicologie métallique; mais il est plus difficile qu'on ne pense de rendre un sel insoluble dans les viscères. En effet, ceux-ci renferment des acides libres (lactique, acétique, hydrochlorique, etc.), dans l'état normal, et ces acides libres peuvent redissoudre en partie les corps précipités; aussi obtient-on bien rarement un succès complet. Il ne suffit donc pas de précipiter le sel métallique, il faut encore empêcher qu'il ne se dissolve de nouveau. En d'autres termes :

Après avoir précipité le sel métallique, il faut neutraliser l'action des acides libres produits par le viscère;

et, comme la production de ces acides libres est constante,

Il faut que la neutralité soit maintenue tant que le sel métallique se trouve en contact avec les muqueuses.

Ceci posé, il restait à trouver un corps qui pût être

ingéré à une assez haute dose sans occasionner d'accidens graves, et qui eût la propriété de précipiter la plus grande partie des sels métalliques, et de neutraliser en même temps l'action des sucs gastriques. Ce corps est, je crois, le *carbonate de soude*.

Quelques précipités cependant, tels que le carbonate de deutoxide de mercure, peuvent s'y redissoudre, mais *en quantité très-minime;* et au moins dans ce cas l'action toxique est diminuée, et l'on a du temps devant soi.

Le carbonate de soude doit atténuer l'action des sels barytique et plombique, dont, du reste, le seul contre-poison sera toujours un sulfate soluble.

Le protochlorure de mercure, produit par la précipitation du bichlorure dans l'estomac se combinant aux tissus, il y a double action, mécanique et toxique, et le cabonate de soude n'y peut rien.

On m'objectera que des substances insolubles empoisonnent par absorption : je pense que, dans ce cas, on doit tenir compte de l'action des sucs gastriques, et j'ai dit qu'il fallait la neutraliser.

Mais leur production est constante; donc l'action neutralisante doit être constante.

Pour arriver à ce but, on devra donner la dissolution de carbonate de soude par doses fractionnées (pour les chiens, je me suis servi d'un demi-gros de sel cristallisé d'abord, et ensuite d'un gros d'heure en heure, ou de deux gros de deux en deux heures); de cette manière, sans amener d'accidens sérieux, on pourra entretenir pendant tout le temps convenable l'alcalinité des viscères.

J'ai choisi le carbonate de préférence au bicarbonate de soude, qui aurait offert des avantages par son peu d'activité sur l'estomac et par son défaut de saveur, parce qu'il est plus facile de se le procurer; et si, comme je le désire, ma méthode vient à entrer dans l'hygiène populaire, on fera toujours comprendre à tous qu'une faible lessive de cendres communes peut devenir, dans l'occasion, un succédané utile.

Après avoir donné le resumé de ma théorie, je donnerai tout de suite un précis de mes expériences: et je remercierai d'abord le docteur Casteldini, de Bologne, qui a bien voulu y consacrer une partie de son temps, pendant son séjour à Paris.

Pour abréger, toutes les fois que mes résultats seront semblables à ceux obtenus par M. Orfila, je renverrai à son ouvrage.

J'ai commencé par m'assurer des résultats de l'œsophagotomie, puis de l'influence du carbonate de soude seul.

Ensuite, avant d'administrer le carbonate de soude, j'ai soumis des animaux à l'action simple des toxiques, objet de l'expérience.

Enfin des animaux, d'abord placés sous l'influence du poison, ont dû prendre ensuite le carbonate de soude.

Ligature de l'œsophage.— Trois expériences. (Résultats conformes à ceux obtenus par M. Orfila.)

Carbonate de soude.—Deux expériences. Deux chiens ont été soumis à cet agent chimique. Le premier, chien barbet de petite taille, en a pris deux gros, de deux heures en deux heures, jusqu'à concurrence de huit gros. Il n'a pas été incommodé. Le second, lévrier de taille moyenne, a pris de la même manière quatorze gros; il a eu quelques selles liquides, un peu d'abattement à la suite, et a refusé de manger. Cet état s'est prolongé pendant deux jours, et le troisième il a été rétabli.

Le carbonate de soude ne présente donc par lui-même que peu d'inconvéniens.

Action du vert-de-gris (acétate bibasique de deutoxide de cuivre) *et du verdet* (acétate neutre de deutoxide de cuivre). — Quatre expériences. Mêmes résultats que ceux obtenus par M. Orfila.

Il est probable que le vert-de-gris introduit dans l'estomac s'y décompose en acétate neutre, en acétate sesqui-basique soluble, et en acétate bibasique insoluble : ce qui rendrait compte de la différence d'intensité de l'action du vert-de-gris et de celle du verdet.

Empoisonnement par le vert-de-gris; administration du carbonate de soude. — Quatre expériences. 1° A sept heures du matin, on fait avaler à un chien de moyenne taille vingt grains de verdet gris. L'œsophage est lié, et bientôt après on injecte deux gros de carbonate de soude, que l'on répète de deux en deux heures jusqu'à huit heures du soir. A onze heures, il a paru une diarrhée de couleur verdâtre. L'animal est abattu, il cherche à boire; pouls fréquent. Le lendemain, on enlève la ligature; bientôt l'animal parait plus souffrant, et il meurt à dix heures du soir, trente-neuf heures après l'injection du poison.

A l'autopsie, les poumons sont gorgés de sang, l'œsophage enflammé; l'estomac présente de légères taches rougeâtres.

2° Le 22 février, à sept heures du matin, on fait avaler à un chien robuste trente grains de vert-de-gris: on lie l'œsophage; on injecte ensuite deux gros de carbonate, ce que l'on répète huit fois de deux en deux heures. Soumis à ce traitement, l'animal n'eut qu'une sorte d'indisposition. La ligature fut levée à minuit, et il vécut, en allant de mieux en mieux, jusqu'au 29, jour où on le tua.

Rien d'anormal à l'autopsie.

3° L'animal, chien de moyenne taille, avala vingt grains de vert-de-gris, et mourut quarante et une heures après l'injection du poison, malgré l'administration du carbonate. L'appareil de l'œsophage avait été enlevé au bout de seize heures.

L'autopsie présente les mêmes désordres que dans la première expérience.

4° Un petit chien robuste avale, le 4 avril, à six heures du matin, douze grains de vert-de-gris; l'œsophage est lié, et on injecte un gros de carbonate; opération répétée de deux heures en deux heures, trois fois, et ensuite on se borne à un demi-gros de trois en trois heures.

L'animal vécut sans accidens bien sérieux jusqu'au onze avril, jour où l'on le tua. L'autopsie ne présenta rien d'anormal.

Ainsi, dans deux cas, le contre poison a rempli son but, et, dans les deux autres, les animaux n'ont offert que les accidens consécutifs à l'œsophagotomie.

Empoisonnement par le verdet combattu par le carbonate de soude. — Quatre expériences. 1° Injection de quinze grains de verdet à un petit chien. L'œsophage est lié, et on injecte un gros et demi de carbonate de soude. Cette injection est répétée après une heure, et ensuite de deux en deux heures, à la dose d'un gros seulement, jusqu'à concurrence de huit gros. Il meurt vingt-trois heures après l'œsophagotomie.

L'autopsie ne présente que les altérations causées par cette lésion.

2° A neuf heures du matin, on fait avaler à un chien robuste vingt-quatre grains de verdet. Œsophagotomie, puis injection de deux gros de carbonate, puis un gros de deux en deux heures jusqu'à dix heures du soir. Au bout de vingt et une heures, l'animal meurt.

A l'exception d'une matière brunâtre renfermée dans l'estomac, aucun organe ne présente d'altération notable.

3° Chien de forte taille; œsophagotomie; injection de trente grains de verdet, puis injection de deux gros et demi de carbonate répétée de trois heures en trois heures, jusqu'à la somme de douze gros et demi; mort au bout de trois jours.

A l'autopsie, on ne trouve que les altérations dues à l'œsophagotomie.

4° Chien de taille moyenne; seize grains de verdet; administration du carbonate comme dans les expériences précédentes; on lève l'appareil au bout de vingt-quatre heures. Trente six heures après on tue l'animal.

L'autopsie ne présente rien d'anormal.

Empoisonnement par le carbonate de deutoxyde de cuivre, préparé par la précipitation, au moyen du carbonate de soude, d'une dissolution d'acétate neutre de cuivre. — Deux chiens, à qui l'on a fait avaler cette substance sont morts, le premier au bout de deux heures trois quarts, le second dans le même espace de temps. Les désordres étaient ceux de l'empoisonnement par les sels de cuivre.

Même empoisonnement combattu par le carbonate de soude. — Deux expériences. 1° On fait avaler à un fort chien quinze grains de carbonate de cuivre. L'œsophage est lié, et on injecte deux gros de carbonate de soude, ce qu'on répète deux heures et demie après, et ensuite de deux heures en deux heures, depuis cinq heures et demi du matin jusqu'à six heures du soir. Il meurt trois jours après. Les poumons sont gorgés de sang et pointillés de noir; la trachée est injectée et les autres organes sont à l'état normal.

2° Un chien de moyenne taille prend quinze grains de carbonate. L'expérience est en tous points semblable à la précédente.

Dans ces deux cas la mort paraît due à l'œsophagotomie.

Action du vert de Schèle (arsénite de cuivre). — Deux expériences. 1° Mort en quatorze heures, par l'injection de vingt grains. 2° Mort en cinq heures, par celle de vingt-cinq grains d'arsénite de cuivre. Tous les symptômes éprouvés, et les résultats de l'autopsie sont ceux remarqués par les auteurs dans les cas d'empoisonnement par les sels de cuivre et d'arsenic. On y trouve les désordres occasionnés par ces deux genres de poisons.

Arsénite de cuivre; carbonate de soude. — Deux expériences. Chien de moyenne taille; introduction de vingt grains de vert de Schèle; l'œsophage est lié, et on injecte deux gros de carbonate de soude, opération que l'on répète six fois en dix-huit heures.

Triste trois heures après l'introduction du poison, l'animal redevient gai dans la soirée. Un ordre de police ayant défendu de continuer les expériences, on tue l'animal soixante heures après l'empoisonnement.

Autopsie. La muqueuse, tapissée d'une couche verdâtre, ne présente au-dessous aucune trace d'inflammation, et, à l'exception d'une teinte rosée dans le voisinage du pylore, tous les organes sont à l'état normal.

2° Le 15 juillet, à cinq heures, on fait avaler à un petit chien quinze grains d'arsénite de cuivre; on injecte ensuite le carbonate de soude de deux en deux heures, jusqu'à huit heures du soir, à la dose de deux gros. L'animal est tranquille jusqu'à trois heures; à ce moment il devient triste et se couche. Pouls fréquent; cet état se prolonge jusqu'au lendemain à trois heures du soir. A ce moment, il se remet sur ses pattes, mais paraît souffrant. Le 17 juillet, il meurt à deux heures de l'après-midi.

On ne trouva que les désordres dus à la ligature de l'œsophage.

Action du bichlorure de mercure. — Deux expériences. Elles ont présenté les symptômes reconnus pour appartenir à ce genre de sels.

Même action combattue par le carbonate de soude. — Cinq expériences. Toutes ont présenté le même résultat, et l'empoisonnement a suivi son cours. Cela devait être, car le bichlorure passe à l'état de protochlorure aussitôt que son contact avec les muqueuses a lieu, et ce protochlorure est combiné avec les tissus eux-mêmes. On sait en effet que le seul moyen pour reconnaître si le calomélas trouvé dans l'estomac a été ingéré à l'état de proto ou de bichlorure est de s'assurer, en grattant les tissus, si le précipité est simplement déposé sur les muqueuses, ou bien s'il est combiné. On verra tout à l'heure, par les résultats obtenus sur le phosphate de mercure, que c'est à cette circonstance seule qu'est due la non-réussite dans l'application du contre-poison sur le bichlorure.

Empoisonnement par le phosphate de mercure. — Deux expériences. Elles ont présenté les accidens et les désordres observés dans l'empoisonnement par les sels de mercure. Le premier animal est mort quinze heures après l'injection de trente grains de phosphate; le deuxième, onze heures après l'injection de trente-six grains. On a trouvé chez tous deux l'estomac vivement enflammé, notamment dans le voisinage du pylore, où se trouvaient des escarres noirâtres. Le cœur et les poumons étaient gorgés de sang, et le lobe inférieur du poumon gauche offrait de larges ecchymoses.

Même empoisonnement combattu par le carbonate de soude. — Trois expériences. 1° Chien de taille moyenne. A six heures du matin, le 19 mai, on lui fait avaler vingt-quatre grains de phosphate; l'œsophage est lié, et l'on injecte, de trois en trois heures, un demi-gros de carbonate, jusqu'à concurrence de quatre gros. Le lendemain, il est un peu souffrant; le surlendemain, il va bien, et continue ainsi jusqu'au onze juin, jour où il s'échappe.

2° Chien de taille moyenne. Le 26 mai, introduction de vingt-six grains de phosphate; œsophagotomie. De trois en trois heures, injection d'un demi-gros de carbonate jusqu'à quatre gros. Il vit jusqu'au 1er juin, jour où il meurt dans un état de maigreur extrême. A l'autopsie, il ne présenta rien d'anormal.

3° Chien de moyenne taille; 28 grains de phosphate; œsophagotomie. Le 17 février, injection de carbonate comme précédemment. Six jours après, on le tue, et, à l'autopsie, rien d'anormal.

En résumant ces expériences, on trouve que, dans tous les cas, les résultats annoncés par la théorie ont été confirmés; car, dans plusieurs cas, il a fallu tuer les animaux, et ceux qui sont morts d'eux-mêmes n'ont présenté que les accidens qui sont la suite de l'œsophagotomie. Quant à la cause d'insuccès contre le bichlorure de mercure, j'en ai donné la raison.

Il reste maintenant à présenter un tableau des sels les plus usités, dont le précipité produit par le carbonate de soude est plus ou moins soluble dans un excès de précipitant ou dans l'eau, et de ceux dont le précipité est absolument insoluble.

Sels dont le précipité est plus ou moins soluble dans un excès de carbonate ou dans l'eau.		Sels dont le précipité est insoluble dans un excès de carbonate ou dans l'eau.	
Sels de	Magnésium,	Sels de	Calcium,
	Mercure,		Barium,
	Fer,		Strontium,
	Cobalt,		Aluminium,
	Bismuth,		Manganèse,
	Étain,		Zinc,
	Antimoine,		Cadmium,
	Or,		Plomb,
	Platine.		Cuivre,
			Argent.

Je dois faire remarquer que la qualité de la base n'est pas la seule chose à considérer, la qualité de l'acide est aussi importante. On conçoit, en effet, que s'il s'agissait d'un chromate, d'un arséniate ou d'un arsénite soluble, on mettrait, par la précipitation de la base, un nouveau poison en contact avec les organes : heureusement, il est très-rare que ces sels soient solubles.

Je termine en rappelant que je ne suis pas médecin, et que je n'ai voulu qu'appeler l'attention des praticiens sur des faits qui m'ont paru la mériter : ainsi, il n'y a chez moi ni physiologie, ni pathologie; il n'y a que de la chimie.

MALAGUTTI,
Chimiste à la manufacture royale de Sèvres.

JOURNAL DE PHARMACIE

ET

DES SCIENCES ACCESSOIRES.

OCTOBRE 1836.

De l'action de l'acide sulfureux sur l'acier; par M. Vogel de Munich.

Lorsque M. Vauquelin eut observé que le gaz hydrogène, qui se dégage quand on traite l'acier par l'acide sulfurique étendu d'eau, est mêlé à du gaz hydrogène carboné, il soumit l'acier, pour éviter toute perte de carbone, à l'action de l'acide sulfureux.

Plus tard, M. Schweinsber remarqua, en faisant agir l'acide sulfureux sur du fer, que la solution se troublait bientôt par du soufre, et que le résidu noir, insoluble dans l'acide sulfureux, se comportait comme un mélange de sulfure de fer et de soufre.

Pour étudier l'action de l'acide sulfureux sur l'acier, je fis les expériences suivantes. De l'eau, qui avait été saturée à la température de 15° R. par du gaz acide sulfureux, fut versée sur de la tournure d'acier dans un flacon bouché à l'émeri; il se produisit une élévation de température très-sensible. Le flacon, entièrement rempli et bien bouché, fut renversé dans un vase d'eau pour empêcher le contact de l'air. La liqueur acide, en agissant sur l'acier, prit bientôt une couleur brune, devint ensuite jaune, se troubla, et laissa déposer du soufre. Au bout de quelques jours il s'était formé des petits cristaux d'un blanc verdâtre, sur lesquels nous reviendrons.

J'ai versé aussi de l'acide sulfureux sur de l'acier dans des vaisseaux ouverts, il n'y eut pas la plus légère effervescence ni aucun dégagement de gaz hydrogène sulfuré, car du papier imbibé d'acétate de plomb, et suspendu à la surface du liquide, conserva sa couleur blanche. Il se forma néanmoins pendant la première action de l'acide sulfureux sur l'acier une petite quantité de gaz hydrogène sulfuré, qui ne se dégagea pas, mais resta dans le liquide, car la liqueur jaune noircit le papier de plomb, qu'on y plongea en formant du sulfure de plomb. Aussitôt que la dissolution perd sa couleur jaune, et ne laisse plus déposer du soufre, l'acétate de plomb n'en est plus précipité en noir, mais en blanc. Il est donc évident que l'hydrogène sulfuré est décomposé presque immédiatement après sa formation par l'acide sulfureux qui s'y trouve encore en excès.

Lorsque l'acide sulfureux était resté en contact pendant plusieurs jours avec l'acier dans des flacons bien fermés, la liqueur décantée était incolore et neutre. Versée dans la dissolution du nitrate d'argent, elle formait un précipité blanc qui prit presque de suite une couleur noire, d'où l'on peut conclure qu'elle contenait une certaine quantité d'hyposulfite de protoxide de fer. Dans les dissolutions du proto et deutonitrate de mercure et de sublimé corrosif, la liqueur forme aussi un précipité noir, dans lequel on peut apercevoir des globules de mercure. Au reste, l'acide sulfureux lui-même, versé en petite quantité dans une dissolution du protonitrate de mercure, réduit déjà une partie du protoxide de mercure à l'état métallique, l'acide sulfureux ne produit cet effet sur le deutonitrate de mercure qu'après un laps de temps beaucoup plus considérable, et dans le sublimé l'acide sulfureux forme du calomel.

J'avais laissé de l'acide sulfureux pendant quinze jours avec un excès d'acier dans des flacons bien fermés; la liqueur parfaitement neutre qui en résulta noircissait fortement le nitrate d'argent, par l'addition de l'acide sulfurique ou hydrochlorique il se dégageait du gaz acide sulfureux et il s'en déposait du soufre. L'acide chrômique en fut coloré en vert, l'acide rouge du manganèse en fut décoloré, et la liqueur formait dans la dissolution du chrômate de potasse un précipité d'un jaune d'ocre. La dissolution d'or en prit une couleur bleue, mais la dissolution de platine n'en éprouva pas de changement. Les dissolutions des alcalis et du cyanure de potassium et de fer en furent précipitées en blanc.

Dans le résidu d'acier qui avait été en contact avec l'acide sulfureux, se trouvait un grand nombre de petits cristaux étoilés et octaédriques, d'un blanc verdâtre et demi-transparens. Je remplis le flacon d'eau chaude privée d'air, mais au bout de quelques jours je ne pus pas apercevoir une diminution dans le volume des cristaux. Même en les faisant bouillir dans l'eau, il était impossible d'en dissoudre, l'eau ne contenait pas la plus légère trace de fer, ce n'est que dans l'acide sulfureux qu'il s'en dissout lentement une certaine quantité. Les cristaux chauffés dans un tube de verre se montrent infusibles; il se dégage beaucoup de gaz acide sulfureux et il se sublime du soufre; il reste dans le tube de verre du protoxide de fer. Quand on verse de l'acide sulfurique concentré, ou bien de l'acide hydro-

chlorique sur les cristaux, il se produit une vive effervescence due à un dégagement du gaz acide sulfureux, et dans la dissolution devenue jaune il se dépose du soufre. Les cristaux arrosés d'une dissolution de nitrate d'argent en prennent une couleur noire. En exposant les cristaux à l'air, ils deviennent d'abord opaques, et prennent ensuite une couleur de rouille. Les cristaux étoilés insolubles dans l'eau paraissent donc être un hyposulfite de protoxide de fer avec excès de base, tandis que la liqueur décantée de l'acier renferme une certaine quantité d'hyposulfite neutre de protoxide de fer.

D'après ces données, il y a une grande difficulté à débarrasser l'acier entièrement du fer par l'acide sulfureux, et à le ramener au carbone pur, car le résidu noir contient toujours, entre du carbone et du soufre, une quantité de sous-hyposulfite de fer qui résiste fortement à l'action de l'acide sulfureux, de sorte que nous ne possédons pas dans l'acide sulfureux un moyen bien propre à déterminer exactement la quantité de carbone dans l'acier. Aussi M. Berthier a fait connaître d'autres procédés pour l'analyse de l'acier, soit en le faisant rougir avec le salpêtre ou en le brûlant par le gaz oxygène, alors l'acide carbonique formé doit représenter la quantité de carbone, ou bien en traitant l'acier par l'iode, dans lequel cas le carbone se trouve dans le résidu insoluble, qui renferme cependant toujours de l'hydrogène.

Je me propose de revenir sur cet objet pour indiquer s'il est possible, un moyen direct qui puisse servir à déterminer la quantité de carbone dans les aciers et dans la fonte.

Résumé.

Il résulte de ce qui précède :

1° Qu'il se forme pendant l'action de l'acide sulfureux sur l'acier une quantité d'hydrogène sulfuré qui ne se dégage pas, mais qui est décomposé bientôt après sa formation par l'acide sulfureux, ce qui donne lieu à une séparation du soufre;

2° Que l'acide sulfureux liquide, qui avait séjourné un temps suffisant avec l'acier, contient, outre le sulfite, une certaine quantité d'hyposulfite de protoxide de fer, et que cette dissolution neutre a la propriété de réduire en partie les proto et deutosels mercuriels;

3° Que l'acide sulfureux liquide et concentré, qui est renfermé avec un excès d'acier, forme de petits cristaux d'un blanc verdâtre, insolubles dans l'eau, qui se comportent comme de l'hyposulfite de protoxide de fer avec excès de base;

4° Que le résidu qui reste quand on traite l'acier dans des vaisseaux clos par l'acide sulfureux en quantité suffisante n'est pas du carbone pur, mais que ce carbone est mêlé, outre le soufre, avec un sous-hyposulfite de fer difficile à enlever par l'acide sulfureux, ce qui rend l'acide sulfureux impropre à l'analyse des aciers et de la fonte.

Sur la dissolubilité du carbonate de chaux dans le muriate d'ammoniaque; par M. Vogel de Munich.

Dans les expériences préliminaires d'une analyse on a donné une certaine importance à ce fait, que la magnésie, précipitée d'un liquide par les alcalis ou par les carbonates alcalins, est entièrement soluble dans une dissolution de muriate d'ammoniaque, et on a profité de cette circonstance pour distinguer en quelque sorte la magnésie des autres terres; soit de la chaux, de l'alumine, etc.

Nous pouvons citer à la vérité plusieurs exemples, où le sel ammoniac possède la propriété de dissoudre des substances insolubles ou très-peu solubles dans l'eau, tel que le tartrate de chaux, le chlorure d'argent, les carbonates de zinc et de nickel, le sulfate de plomb, etc., mais aussi le carbonate de chaux, surtout quand il est nouvellement précipité d'une liqueur, ne résiste pas à l'action dissolvante du muriate d'ammoniaque, et par cette propriété la chaux contenue en petite quantité dans une dissolution pourrait facilement être confondue avec la magnésie.

Si l'on verse par exemple dans une dissolution de gypse une dissolution de carbonate de potasse, le précipité qui se dépose dans la liqueur peut être entièrement redissout par l'eau chargée de muriate d'ammoniaque. De même les précipités qui résultent des dissolutions très-étendues de nitrate et d'hydrochlorate de chaux par le carbonate de potasse se dissolvent entièrement dans le sel ammoniac. La dissolution concentrée et claire du carbonate de chaux dans le sel ammoniac se trouble cependant bientôt à l'air, et laisse tomber une partie du carbonate de chaux; mais il en reste une certaine quantité en dissolution, qui ne se sépare plus de la liqueur filtrée, quand même on la porte à l'ébullition. Lorsqu'on lave le carbonate de chaux précipité avec beaucoup d'eau, il n'est plus aussi soluble dans le sel ammoniac qu'au moment de sa formation, ou bien quand on laisse le précipité sans le laver pendant vingt-quatre heures dans la liqueur, sa dissolubilité dans le sel ammoniac a diminué sans avoir cessé tout à fait.

On peut se convaincre facilement de cette solubilité du carbonate de chaux quand on souffle au moyen d'un tube de verre dans l'eau de chaux jusqu'à ce qu'elle soit bien laiteuse. Ce précipité nouvellement formé se dissout à la vérité aussi dans beaucoup d'eau, mais il est bien plus soluble dans l'eau chargée de muriate d'ammoniaque.

Les combinaisons naturelles de la chaux avec l'acide carbonique, tels que le *spath d'Islande* et le marbre blanc de Carrare, ne résistent pas non plus à l'action du sel ammoniac. Réduites en poudre fine et agitées quelques minutes avec l'eau contenant du sel ammoniac, on trouve déjà dans le liquide filtré une quantité notable de chaux.

La dissolubilité du carbonate de chaux dans le sel ammoniac est cependant beaucoup moindre que celle du carbonate de magnésie.

Lorsqu'on fait évaporer la dissolution filtrée du sel ammoniac qui a séjourné pendant quelque temps à la température ordinaire avec le spath d'Islande ou bien avec le marbre blanc, et quand on expose le résidu sec à la chaleur rouge dans un creuset de platine pour en volatiliser tout le sel ammoniac, il reste un sel très-déliquescent (le chlorure de calcium).

Il paraît donc que, dans les cas indiqués, la solubilité du carbonate de chaux consiste principalement dans une décomposition partielle, d'où il résulte du carbonate d'ammoniaque et de l'hydrochlorate de chaux.

Le carbonate de baryte et le carbonate de strontiane, nouvellement précipités de leurs dissolutions, disparaissent aussi complétement par l'addition du sel ammoniac, et même le carbonate de baryte naturel (la witherite), agité avec une dissolution de sel ammoniac, communique à ce liquide de la baryte, appréciable par l'acide sulfurique étendu d'eau. En volatilisant du liquide évaporé tout le sel ammoniac, il reste du chlorure de barium.

Quelque grande que soit la dissolubilité du carbonate de magnésie nouvellement précipité dans le sel ammoniac, elle diminue sensiblement quand le carbonate de magnésie est bien lavé et desséché à une température de 100° C. La dissolution concentrée du carbonate de magnésie dans le sel ammoniac ne se trouble pas à l'air ni par l'ébullition, elle est alcaline, laisse dégager beaucoup de gaz acide carbonique par les acides, et la magnésie peut en être précipitée par la potasse.

Il paraîtra sans doute étrange que les carbonates terreux deviennent au bout de quelques jours moins solubles dans le sel ammoniac; ceci pourrait cependant peut-être s'expliquer en partie, en admettant qu'ils acquièrent par le repos un plus grand degré de cohésion, ou bien qu'ils s'approchent plus d'un état de cristallisation.

Résumé.

Il résulte des expériences ci-dessus :

1° Que la dissolubilité d'un carbonate terreux dans le sel ammoniac n'autorise pas toujours à le considérer comme du carbonate de magnésie;

2° Que le carbonate de chaux nouvellement précipité, ainsi que le spath d'Islande et le marbre blanc, sont solubles dans le sel ammoniac;

3° Que les carbonates de baryte et de strontiane précipités d'une dissolution, ainsi que la witherite, se dissolvent dans le sel ammoniac;

4° Que la dissolubilité de ces carbonates terreux dans le sel ammoniac doit en partie être attribuée à leur décomposition, en ce qu'il se forme du carbonate d'ammoniaque et des hydrochlorates terreux.

Sur la décomposition des sels cuivreux au moyen du phosphore; par M. Vogel, de Munich.

Lorsqu'on conserve un cylindre de phosphore dans une dissolution de sulfate de cuivre, le liquide perd successivement sa couleur bleue, et devient enfin tout à fait incolore; dans cet état la dissolution ne contient plus une trace de cuivre. En faisant évaporer la liqueur et en chauffant fortement le résidu encore liquide, il se volatilise de l'acide sulfurique, et il reste de l'acide phosphorique.

Le phosphore qui s'était couvert de cuivre métallique devint en partie noir au bout de quelque temps. Au-dessous de ces feuilles de cuivre se trouvait à la surface du cuivre une autre couche en lames minces d'une couleur noire, sans éclat métallique, facile à détacher du phosphore et très-fragile. Quoique ces lames eussent l'aspect de l'oxide de cuivre, elles n'en avaient cependant pas les propriétés, et l'acide hydrochlorique n'en dissout qu'une petite quantité de cuivre. Au reste, elles sont très-fusibles au chalumeau, et donnent en se fondant un globule grisâtre, cassant, d'un éclat métallique. L'acide nitrique les dissout de suite avec dégagement du gaz nitreux, et on trouve dans la dissolution, outre le nitrate de cuivre, de l'acide phosphorique. La couche noire qui se trouve sur le phosphore, au-dessous des feuilles métalliques de cuivre, se comporte donc, d'après ce qui vient d'être dit, comme du phosphure de cuivre.

Le phosphore présente dans une dissolution de nitrate de cuivre à peu près les mêmes phénomènes que dans une dissolution du sulfate de cuivre, la liqueur tout à fait décolorée ne contient rien que de l'acide phosphorique et de l'acide nitrique. Il se forme les deux couches de cuivre métallique et phosphure de cuivre; l'intérieur du phosphure est noir jusqu'au fond, étant pénétré du phosphore de cuivre. La couche supérieure du cuivre, qui couvrait le cylindre de phosphore, avait un éclat métallique fort extraordinaire, et il paraît singulier que l'acide nitrique mis en liberté n'ait pas agi sur le cuivre, ce qu'il faut attribuer sans doute à la présence du phosphore. Ce n'est qu'après un laps de temps considérable qu'il se dégagea quelques bulles de gaz nitreux, et alors le cuivre perdit successivement de son éclat.

La dissolution verte et concentrée de chlorure de cuivre, dans laquelle on plonge un cylindre de phosphore, devient d'abord noire, et se décolore ensuite; malgré cela, elle conserve une teinte jaunâtre, et n'est pas entièrement débarrassée de cuivre; mais dans une dissolution étendue de beaucoup d'eau, le cuivre est entièrement séparé par le phosphore. Dans une dissolution concentrée de chlorure de cuivre, le phosphore ne s'enveloppe pas de suite de cuivre métallique, mais d'une couche blanche pulvérulente qui se forme en grande quantité, et dont une partie se dépose au fond du vase. Dans une dissolution étendue d'eau le phosphore se couvre de cuivre métallique.

La liqueur jaune provenant de la dissolution concentrée, décantée du phosphore, dégage en la chauffant du gaz acide hydrochlorique, et se trouble en laissant déposer une poudre blanche de sous-chlorure de cuivre. En continuant l'ébullition du liquide, la poudre blanche qui est suspendue prend une couleur noire, et alors

il se dégage du gaz hydrogène phosphoré, dont les bulles s'enflamment au contact de l'air.

Les cylindres de phosphore s'étaient couverts, outre la poudre blanche, d'une couche noire de phosphure et de chlorure de cuivre qui avait pénétré aussi dans l'intérieur du phosphore, mais dont il était facile de les séparer en faisant fondre le phosphore dans l'eau chaude.

La poudre blanche qui s'était formée prit une couleur orangée par la solution de potasse, devint verdâtre à l'air, et se comporta comme du sous-chlorure de cuivre.

Une dissolution étendue d'acétate de cuivre, dans laquelle on plonge un cylindre de phosphore, devient pâle, se trouble au bout de quelque temps et laisse déposer une poudre blanchâtre. Le phosphore lui-même devient noir et se couvre ensuite de cuivre métallique. Les flocons blanchâtres qui s'étaient déposés dans la dissolution se comportaient comme du phosphate de cuivre qui ne pouvait être rédissout par l'acide acétique mis en liberté.

Sur la réduction des sels mercuriels au moyen du cuivre;
Par M. Vogel de Munich.

C'est un fait bien reconnu que les proto et deutonitrates de mercure en dissolution sont promptement réduits par le cuivre, d'où résulte que ce dernier métal se couvre de mercure, et acquiert par-là à sa surface un blanc métallique.

Les phénomènes qui accompagnent cette réduction sont différens, quand, au lieu des nitrates mercuriels on se sert de la combinaison du mercure avec le chlore, du deutochlorure de mercure (sublimé corrosif.)

Si l'on plonge une lame de cuivre poli dans une dissolution de sublimé aqueuse, étendue ou concentrée, le cuivre prend de suite une couleur d'un gris noirâtre sans éclat, la dissolution devient laiteuse, et il se dépose au bout de quelque temps une poudre blanche, consistant en protochlorure de mercure (calomel), mêlée de quelques globules de mercure.

La formation du calomel, quand on plonge du cuivre dans une dissolution de sublimé, a été déjà remarquée par M. Fischer de Breslau; mais ce dont il ne fait pas mention, c'est que la lame de cuivre qui a séjourné dans une dissolution de sublimé, au lieu de s'argenter, se couvre d'une couche noire dépourvue de tout éclat métallique.

Je laissai une lame de cuivre pendant vingt-quatre heures dans une dissolution presque saturée de sublimé; la liqueur était devenue verte, et il s'était formé une quantité de calomel qui rendit la dissolution laiteuse, mais dont la plus grande partie s'était déposée au fond du vase. La surface du cuivre était couverte d'une couche noire et très-faible de petits globules de mercure qui n'adhéraient pas, mais tombaient par la plus légère secousse. La lame de cuivre fut lavée dans l'eau et desséchée. La couche noire adhérait si fortement au cuivre, qu'il n'était pas facile de l'enlever par le frottement avec du papier, et on ne pouvait pas apercevoir de mercure sur le cuivre.

En arrosant ce cuivre ainsi noirci par de l'acide hydrochlorique concentré, la couche noire se dissolvait tranquillement sans effervescence, et le liquide décanté du cuivre contenait du deutochlorure de cuivre dans lequel nageaient quelques flocons de calomel.

La partie du cuivre noir qui avait été arrosée par de l'acide hydrochlorique, et lavée ensuite avec de l'eau, n'avait pas repris la couleur rouge du cuivre, mais elle était blanche, et elle acquit par un léger frottement l'éclat métallique dû au mercure réduit.

Pour rendre le cuivre noir, il suffit de le laisser quelques minutes dans une dissolution de sublimé, mais dans ce cas la couche est mince et moins adhérente.

Il est presque indifférent que le sublimé soit dissout dans l'alcool ou dans l'éther; les phénomènes qui se présentent en plongeant le cuivre dans la dissolution alcoolique ou éthérée ne diffèrent pas sensiblement de ceux que nous avons désignés pour la dissolution aqueuse. Dans l'un et l'autre cas il ne se forme pas du calomel. Les lames de cuivre qui avaient été plongées pendant douze heures dans les dissolutions alcooliques et éthérées étaient devenues noires, mais on ne put y apercevoir aucun globule de mercure. L'acide hydrochlorique dissout la couche noire, et le mercure reparaît alors avec tout son éclat métallique.

Lorsqu'on fait dissoudre le sublimé dans l'acide hydro-chlorique au lieu de l'eau, et quand on plonge le cuivre dans la liqueur, il se forme très-peu d'oxide noir de cuivre, par un léger frottement on peut rendre à la surface un éclat blanc métallique. Le laiton se comporte entièrement comme le cuivre par rapport au sublimé, et pour cette raison il ne paraît pas très-convenable d'employer des piluliers de laiton pour les masses de pilules qui renferment du sublimé.

Le protochlorure de mercure (calomel), quoique presque insoluble dans l'eau, est aussi décomposable par le cuivre. Si l'on place une lame de cuivre dans du calomel porphorisé et délayé dans l'eau, et si l'on filtre ensuite l'eau, on y trouve du cuivre en dissolution. La lame de cuivre elle-même a perdu sa couleur rouge, et elle est couverte d'une couche noirâtre.

La décomposition du calomel par le cuivre est encore plus prompte, si l'on entretient l'eau dans laquelle le calomel est suspendu en ébulition. Le cuivre s'y recouvre de l'oxide noir de cuivre très-adhérent, qui peut être enlevé par l'acide hydrochlorique, et alors on y voit paraître une couche blanche de mercure métallique.

On voit donc, par ces expériences, que le cuivre se comporte d'une manière différente avec le sublimé et avec les nitrates de mercure. Dans les combinaisons de mercure avec le chlore, le mercure en est aussi séparé par le cuivre; mais il se forme ici une grande quantité d'oxide de cuivre qui s'attache avec force à la surface du cuivre, de sorte qu'on ne peut apercevoir le mercure que lorsqu'on vient de dissoudre l'oxide de cuivre par l'acide hydrochlorique.

Sur plusieurs combinaisons nouvelles de platine; par J. W. Dœbereiner. (Annalen der pharmacie, vol. XVII, pag. 250.)

(Traduit par M. Vallet.)

Le platinocyanure de potassium, préparé d'après la méthode de L. Gmelin (1), forme comme on sait, avec la dissolution de protonitrate (acide) de mercure, un beau précipité bleu de Smalte, en dégageant une petite quantité de gaz nitreux.

Ce précipité offre à un examen plus attentif plusieurs phénomènes intéressans, et des produits nouveaux (platinocyanure de mercure, cyanure de platine et l'acide hydroplatinocyanique), ainsi que la preuve que le platine et le cyanogène se pénètrent réciproquement pour former des combinaisons très-fixes.

Le précipité en question peut être lavé avec de l'eau froide aiguisée d'acide nitrique, et puis séché sans altération de sa couleur; mais, si on le chauffe avec une pareille eau jusqu'à l'ébullition, il lui cède du protonitrate de mercure, et *devient tout à fait blanc.* Si on verse ensuite sur ce précipité décoloré une dissolution de protonitrate de mercure, et qu'on le laisse en contact avec elle à la température *ordinaire* plusieurs heures ou plus longtemps encore, *il devient peu à peu d'un aussi beau bleu* qu'auparavant, et cette couleur gagne même en intensité au bout de quelques jours, lorsque la dissolution de mercure est en excès : si on le chauffe avec cette dernière, il reste blanc; mais il devient bleu après l'évaporation de son eau, et rouge orange à une chaleur plus forte.

Le précipité coloré (bleu et rouge orange) détone en jetant des étincelles, répandant de la fumée, et lançant de tous côtés comme des serpenteaux et des fusées avec sifflement, lorsqu'on le chauffe fortement sur une plaque de platine. Il se dissout dans l'acide hydrochlorique chauffé, en dégageant de l'acide nitreux et de l'acide hydrocyanique, et forme alors un liquide presque incolore, qui n'est ni troublé par l'alcool, ni précipité par l'hydrochlorate d'ammoniaque.

Le précipité décoloré (blanc) s'enflamme lorsqu'on le chauffe sur la plaque de platine sans détoner, brûle et laisse environ 38 pour 100 de platine spongieux d'un grand pouvoir enflammant. Il se dissout également dans l'acide hydrochlorique bouillant, mais *sans dégagement* d'acide nitreux et d'acide hydrocyanique, et forme un liquide presque incolore, qui est précipité en jaune par la dissolution de potasse, et donne par l'évaporation jusqu'à siccité un résidu paraissant jaune, rouge et bleu par places, et qui, chauffé fortement se décompose en acide hydrocyanique, en chloride de mercure et en cyanure de platine.

Les dissolutions des alcalis et des terres alcalines décomposent le précipité coloré et celui qui a été décoloré, séparent du premier du protoxide et du deutoxide de mercure, et du dernier seulement du deutoxide, cèdent en même temps leur radical au cyanogène qui était combiné avec le mercure, et forment dans cette combinaison avec le cyanure de platine des doubles cyanures de platine aisément cristallisables.

Si on chauffe peu à peu le précipité blanc jusqu'au rouge dans une petite cornue de verre, il se décompose en gaz cyanogène: en mercure coulant et en cyanure de platine. La quantité de ce dernier est à peu près de 48 pour cent (de 10 grains, avec lesquels j'ai expérimenté, j'ai retiré 4,8 grains), et l'on peut considérer le produit blanc comme une combinaison de

48 cyanure de plat.
52 cyanique de mer. } = Pt Cy + Hy Cy (ou = Pt Hy Cy 2)

et le précipité bleu (et rouge) comme une combinaison de ce double cyanure avec du protonitrate de mercure. Je n'ai pas encore examiné dans quelle proportion se trouvent ces deux sels l'un par rapport à l'autre, et si la couleur bleue appartient à toute la combinaison ou bien à un produit particulier de celle-ci, tel que le protoxide de platine.

Le *cyanure de platine* qui reste par la décomposition pyrochimique du platinocyanure de mercure incolore est une substance pulvérulente, d'un beau jaune olive insoluble dans l'eau, dans les acides et dans les liquides alcalins, combustible, laissant par la combustion à l'air 78 à 79, pour 100 de platine pur, donnant, par le traitement avec l'oxide de cuivre dans l'appareil pyropneumatique, de l'acide carbonique et de l'azote, tous deux précisément dans le rapport en volumes de 2 à 1, et composée par conséquent de 1 atome de platine et 1 atome de cyanogène (= Pt Cy).

Si on traite le platinocyanure de mercure divisé dans de l'eau par de l'hydrogène sulfuré, il en résulte du sulfure de mercure et un liquide incolore fortement acide, qui contient en dissolution une combinaison de cyanure de platine avec de l'acide hydrocyanique. Si l'on chasse l'eau par l'évaporation, cette nouvelle combinaison se présente sous la forme d'une substance à éclat métallique jaune verte, offrant à sa surface la couleur de l'or et du cuivre, qui tombe en déliquium à l'air humide, est extrêmement soluble dans l'eau et l'alcool absolu, et se combine avec les alcalis pour former des doubles cyanures de platine.

Si l'on dissout cette combinaison, que je nommerai *acide hydroplatinocyanique* (Pt H Cy 2) à cause de sa réaction acide, dans de l'alcool absolu, et qu'on laisse cette dissolution s'évaporer à l'air libre sur un verre de montre ou sur une table de verre, il se présente à l'œil de l'observateur une cristallisation particulière, et avec

(1) Le platinocyanure de potassium s'obtient en mêlant ensemble la dissolution de chlorure de platine et celle de ferrocyanure de potassium, et faisant évaporer lentement : il cristallise en longs prismes fins rhomboïdaux, qui, considérés dans différentes directions, paraissent tantôt jaunes tantôt bleus. Leur composition est, suivant Gmelin, KCy, + Pt Cy + 3 Aq.

(*Note du traducteur.*)

celle-ci un jeu de couleurs intéressant. impossible à décrire, mais semblable au caméléon, de l'acide qui cristallise. Si on laisse l'acide sec tomber en déliquium à l'air humide, et qu'on le fasse ensuite évaporer à l'air sec ou à la lumière solaire, il cristallise en aiguilles extrêmement belles, groupées en étoiles, à éclat métallique, offrant tantôt la couleur de l'or, tantôt celle du cuivre, semblables au proto-oxalate de platine, mais encore plus belles que les cristaux de ce dernier.

A la lumière, et à une température de + 100° C. l'acide hydroplatinocyanique ne subit aucune altération; mais, si on le chauffe au delà de + 100°. il se décompose en acide hydrocyanique et en cyanure de platine. Si on mêle sa dissolution dans l'alcool avec un peu d'acide nitrique, on a une liqueur qui, évaporée sur une table de verre et chauffée fortement, forme un miroir de platine extérmement beau.

Il y a aussi un *acide hydririidiocianique* analogue parfait de l'acide hydroplatinocyanique, et doué des propriétés de ce dernier.

Sur la préparation et les propriétés de l'acide hyperiodique; par Bengieser de Pforzheim. (Annalen der pharmacie, vol. XVII, pag. 254).

(Extrait par M. Vallet).

MM. Ammermüller et Magnus ont, dans leur mémoire sur l'acide hyperiodique, plutôt étudié les hyperiodates, qu'ils n'ont appris à connaître les propriétés de l'acide pur; c'est pour remplir cette lacune que M. Bengieser a entrepris son travail par les conseils et sous la direction de M. le professeur Liebig.

Le procédé qu'il a suivi pour se procurer l'acide hyperiodique diffère de celui de MM. Ammermüller et Magnus. Il a d'abord préparé de l'hyperiodate basique de soude d'après la méthode de ces chimistes, en ajoutant toutefois du carbonate de soude au lieu de soude caustique au chlorure d'iode, portant la liqueur à l'ébullition, et y faisant passer du chlore gazeux, jusqu'à ce qu'il ne se précipitât plus de sel basique. Il a trouvé que 7 parties de carbonate de soude sec sur 1 partie d'iode sont précisément suffisantes. MM. Ammermüller et Magnus avaient, comme on le sait, mis à profit la propriété de l'hyperiodate neutre d'argent de se décomposer avec l'eau en sel basique et en acide hyperiodique libre pour obtenir cet acide pur; mais comme la préparation du sel d'argent neutre est un peu longue, M. Bengieser a cherché un autre procédé; il a fait d'abord dissoudre l'hyperiodate basique de soude dans l'acide acétique; mais, s'apercevant que ce dernier ramenait l'hyperiodate à l'état d'iodate en donnant lieu à la production d'acide formique, il a opéré la solution du sel basique de soude dans de l'acide nitrique étendu à une douce chaleur, en évitant toutefois un excès d'acide; il a précipité cette solution par du nitrate de plomb. Il s'est déposé un précipité blanc abondant, qui est devenu jaunâtre par la dessiccation à l'air. La solution d'argent n'a plus alors démontré aucune trace d'acide hyperiodique dans la liqueur séparée par le filtre du sel de plomb. Elle en contient encore lorsqu'on a employé trop d'acide nitrique; on sature alors l'acide nitrique libre par du carbonate de plomb pur, et on obtient ainsi tout l'acide hyperiodique.

Il a décomposé ce sel de plomb à l'aide de la chaleur par de l'acide sulfurique étendu, en évitant d'en mettre en excès; parce qu'un excès rend très-difficile la cristallisation de l'acide hyperiodique, et l'empêche souvent tout à fait, tandis qu'il n'y a aucun inconvénient à laisser un peu du sel de plomb non décomposé; on n'a pas à craindre d'avoir du plomb dans la solution de l'acide. Il lui a été impossible de filtrer au travers du papier la solution aqueuse de l'acide pour la séparer du sulfate de plomb, parce que, même à la température ordinaire, une partie de l'acide peut être réduite en acide iodique; il s'est donc contenté de décanter la liqueur du précipité déposé. Il a alors évaporé l'acide à une très-douce chaleur, jusqu'à ce qu'il fût complétement sec et cristallisé.

L'acide obtenu de cette manière est en cristaux incolores, paraissant être des prismes rhomboïdaux obliques. Chauffé à l'état sec dans un bain d'acide sulfurique, il fond à 130° C. sans se décomposer; il reprend par le refroidissement sa cristallisation primitive; à 160° C. il perd son eau de cristallisation, et à 188° — 190° il se change en acide iodique avec un brusque dégagement d'oxygène. Si on le laisse exposé à l'air humide, il tombe très-promptement en déliquium, et on peut le conserver longtemps solide en le laissant sous une cloche au-dessus de l'acide sulfurique. L'acide cristallisé est assez soluble dans l'alcool et l'éther; ces dissolutions étendues ne paraissent souffrir aucune altération par l'ébullition.

Si on chauffe la solution aqueuse de l'acide avec le phosphore, il se forme de l'oxide de phosphore et de l'acide phosphorique. L'acide cristallisé, chauffé avec le phosphore, donne également lieu à de l'oxide de phosphore avec une vive explosion. Dans les deux cas, l'acide est complétement privé de son oxygène, et l'iode est mis en liberté. La solution aqueuse de l'acide n'exerce pas à l'aide de l'ébullition d'action oxidante sur le soufre.

Si on fait bouillir l'acide hyperiodique aqueux avec de l'acide formique, ce dernier se transforme en acide carbonique en mettant l'iode à nu. La réaction est très-énergique; le même phénomène a lieu avec les acides tartrique et oxalique, seulement la décomposition est plus lente. La manière dont se comporte l'acide acétique a été examinée précédemment; il est d'ailleurs transformé aussi en acide carbonique par l'acide libre, avec mise en liberté de l'iode. L'action de l'acide iodique sur ces acides est analogue.

La majeure partie des métaux est oxidée par l'acide hyperiodique aqueux.

Il agit même à la température ordinaire sur la limaille de zinc : si on emploie un excès de zinc, l'acide est complétement réduit; l'iode est mis à nu, et le zinc

se transforme en oxide. Il en est de même de la limaille de cuivre; mais il se forme ici de l'iodate de cuivre, qui se précipite en flocons blancs. Le fer métallique se change en oxide ferrosoferrique; le mercure se transforme en protoxide; le plomb métallique et l'étain en feuilles ne sont que très-peu attaqués par cet acide.

Si l'on sature complétement l'acide par du carbonate de soude, de manière que la dissolution soit tout à fait neutre, la liqueur offre une réaction acide après la précipitation par le nitrate neutre de baryte; il se précipite donc un sel barytique basique. Les sels de plomb et de chaux se comportent tout à fait de même que le sel de baryte. L'hyperiodate de plomb est blanc, mais il devient jaune par la chaleur; il est également précipité en jaune de la solution chaude. Le changement de couleur est dû ici, comme MM. Ammermüller et Magnus l'ont bien démontré pour le sel d'argent, à une perte d'eau, puisqu'il suffit de la simple dessiccation à l'air pour le colorer peu à peu en jaune, sans qu'il ait subi la moindre décomposition. Des phénomènes semblables ont lieu avec les proto et deutosels de mercure; si à de l'hyperiodate neutre de soude on ajoute du protonitrate de mercure, il se dépose un précipité jaune, qui, à une douce chaleur, devient rouge-brun; avec le deutosel de mercure il se forme un précipité blanc, qui devient jaunâtre par la chaleur. L'hyperiodate neutre de soude donne avec le nitrate de cuivre un précipité vert serin dont la couleur devient plus foncée par la chaleur; les proto et tritosels de fer forment des précipités jaunes blanchâtres. Tous ces précipités se dissolvent facilement dans l'acide nitrique étendu.

Formation artificielle de la pyrite cristallisée; par Wöhler. (Annalen der Pharmacie, vol. XVII, p. 260.)

Si on chauffe lentement dans un ballon de verre un mélange intime de tritoxide de fer (par exemple de l'hématite brune chauffée au rouge), de soufre et de sel ammoniac jusqu'à sublimation complète du sel ammoniac, qu'on laisse refroidir lentement la masse, et qu'on verse de l'eau dessus, on voit se déposer au fond du vase des octaèdres et des tétraèdres pesans, d'un jaune de laiton, qui sont identiques avec la pyrite ordinaire. Les cristaux sont d'autant plus grands et plus nets, que la masse du mélange employé était plus considérable.

A.-G.V.

Extrait d'un rapport fait à l'Académie royale de médecine, le 12 *juillet* 1836, *sur un procédé de* M. Dausse, *ayant pour objet* la purification de la manne commune et sa conversion en manne en larmes (1).

L'Académie, dans sa séance du 12 avril dernier, a reçu de M. Dausse aîné, pharmacien à Paris, une lettre par laquelle il annonce un nouveau procédé pour purifier la manne en sorte au moyen du charbon animal. Cette lettre était accompagnée d'un échantillon de manne en larmes obtenue par le procédé indiqué, pour lequel l'auteur demande l'approbation de l'Académie.

La commission a cru devoir considérer la question sous trois points de vue :

1° Le procédé proposé par M. Dausse est-il nouveau ?

2° Y a-t-il parité de composition entre la manne qu'il a purifiée et la manne en larmes naturelle?

3° Y a-t-il entre les deux mannes identité de propriétés thérapeutiques?

La réponse à la première partie de la question nous est fournie par Baumé, dans ses Élémens de pharmacie. Quelques personnes, dit ce pharmacien célèbre, font artificiellement de la manne en larmes. Pour cela elles font dissoudre de la manne commune dans une petite quantité d'eau, elles laissent déposer la liqueur, elles décantent pour en séparer les impuretés, elles la font épaissir ensuite jusqu'à ce qu'elle se congèle entièrement en se refroidissant : alors elles suspendent des fils et les plongent à plusieurs reprises à la manière des ciriers. Cette manne imite très-bien la manne en larmes, et l'on peut dire qu'elle l'égale en bonté, puisqu'elle n'est qu'une manne très-pure. Remarquons d'abord qu'à l'époque où Baumé écrivait ceci, l'analyse végétale était encore dans l'enfance; que l'emploi du charbon animal, soit comme agent de décoloration, soit comme *désodorant*, n'était pas connu, et que cependant l'on obtenait déjà par le procédé simple que nous venons de rapporter de la manne purifiée, qui avait toutes les apparences de la manne en larmes. Ajoutons qu'il est à la connaissance d'un des membre de la commission et de plusieurs commerçans, qu'un pharmacien de l'école de Paris, M. Avequin, actuellement au Port-au-Prince, préparait, il y a huit ans, dans son domicile à Chaillot, de la manne en larmes très-belle, en traitant, comme le fait M. Dausse, la manne commune par le charbon animal. Nous ignorons pourquoi cette spéculation, n'a pas eu de succès; mais toujours est-il vrai que l'emploi du charbon animal appliqué à la purification de la manne était déjà connu dès l'année 1828.

Nous passons à la deuxième partie de la question : y a-t-il parité de composition, ou plus exactement, la relation proportionnelle des composans est-elle la même dans la manne commune purifiée par M. Dausse, et dans la manne en larmes naturelle? Pour répondre à cette partie de la question, la commission s'est livrée à quelques essais, dont nous indiquerons les principaux résultats; mais d'abord nous dirons que la manne de M. Dausse se présente sous la figure de concrétions stalactiformes, simulant assez bien la manne en larmes naturelle; qu'elle est dépouillée sinon de la totalité, au moins d'une partie de l'odeur nauséabonde particulière à cette substance. Quelques morceaux ont la blancheur de la manne nouvelle, d'autres plus colorés ressemblent davantage à la manne de deux ans. A blancheur égale des deux parts, la manne purifiée est moins friable, elle

(1) La commission était composée de MM. Honoré, Caventou et Planche.

s'agglutine davantage par le broiement, elle est aussi plus hygrométrique. Ainsi que l'annonce l'auteur dans sa lettre à l'Académie, la manne en larmes, préparée artificiellement, se dissout complétement dans l'eau sans en troubler la transparence; observons toutefois que cette solution est un peu plus colorée que celle de la manne en larmes naturelle, qu'elle ne rougit pas comme celle-ci le papier de tournesol, résultat évidemment dû à la réaction de l'acide libre de la manne sur le peu de carbonate de chaux contenu dans le charbon animal employé à la purification. Plus soluble dans l'alcool bouillant que la manne naturelle, la manne purifiée laisse cependant un léger résidu coloré en brun, et, chose remarquable, elle contient beaucoup moins de mannite. Ainsi, nous n'avons retiré de la manne de M. Dausse que 44 pour 100 de ce principe, tandis que la manne en larmes du commerce en a fourni 68 pour 100. Comme on voit, la manne commune purifiée, tout en revêtant les apparences de la manne en larmes, contient un tiers de moins d'un des principaux élémens de celle-ci, et, par une conséquence nécessaire, la matière muqueuse et le sucre ne s'y trouvent plus dans les mêmes proportions. L'expérience thérapeutique pouvait seule décider la question de savoir jusqu'à quel point les deux mannes reconnues, différentes dans la proportion de leurs composans, se rapprochaient ou s'éloignaient par leurs propriétés médicales. Celui des membres de la commission, que sa spécialité appelait à s'occuper de cet examen, a fait administrer la manne purifiée à plusieurs malades dans le service qui lui est confié à l'Hôtel-Dieu.

Voici le résumé de ses expériences:

Neuf malades d'âge, de constitution et d'état pathologique différens, ont pris chacun deux onces et demie de manne.

1 a eu 12 selles.
1 — 10
2 — 5 à 6
1 — 3 à 4
1 — 1
1 non observé
1 0
1 l'a vomie.

Résultat tout à fait analogue à celui qu'on obtient généralement de l'emploi de toute espèce de manne, que quelques personnes digèrent complétement et que d'autres vomissent après l'avoir prise. Ceci prouve, pour le dire en passant, combien il est difficile en thérapeutique de préciser nettement l'action de certains médicamens. Car si la manne, purifiée ainsi que nous l'avons établi dans ce rapport, diffère de la manne en larmes par une moindre proportion de mannite, de ce principe auquel plusieurs médecins rapportent la propriété purgative; si d'un autre côté le charbon animal s'empare en grande partie du principe nauséabond de la manne dans lequel d'autres auteurs font résider exclusivement l'action purgative de ce médicament, on devrait logiquement en conclure que la manne purifiée est moins purgative que la manne en larmes, et cependant l'expérience ne justifie pas cette induction.

Conclusion.

La commission est donc d'avis: 1° que la manne présentée à l'Académie, par M. Dausse, peut être employée sans inconvénient concurremment avec la manne en larmes;

2° Que le procédé annoncé par M. Dausse n'étant pas nouveau, il n'y a pas lieu d'accorder à ce pharmacien l'approbation qu'il sollicite, en ce qu'elle consacrerait une découverte là où il n'y a vraiment qu'une simple rénovation de procédé;

3° Que des remerciemens soient adressés à M. Dausse pour sa communication.

Signés : Honoré, Caventou et Planche, rapporteur.

Approuvé en séance, le 12 juillet 1836.

ANNALES

DE

CHIMIE ET DE PHYSIQUE.

MAI ET JUIN 1836.

Recherches sur la nature de l'Éthal; par MM. J. Dumas et E. Péligot.

Les expériences bien connues de M. Chevreul sur le blanc de baleine et sur les produits de sa saponification ont fait voir qu'il se sépare pendant que celle-ci s'effectue un corps de nature neutre qu'il a désigné sous le nom d'*Éthal*. La composition de ce corps est telle qu'on peut le représenter par de l'hydrogène bicarboné et de l'eau, comme l'éther et l'alcool, ce que M. Chevreul a voulu rappeler en lui imposant le nom d'*Ethal*, qui est formé des premières syllabes réunies des noms de ces deux derniers corps.

En examinant les circonstances de la production de l'éthal, et en admettant qu'elle ait lieu comme celle de l'alcool qui se régénère, quand on décompose un éther par les alcalis, on est conduit à soupçonner l'existence d'un carbure d'hydrogène isomérique avec l'hydrogène bicarboné et le méthylène, mais tout différent de ces deux corps, par le mode de condensation de ses élémens.

Ethal. Pour vérifier cette conjecture, nous nous sommes procuré de l'Ethal pur, en saponifiant, comme le pratique M. Chevreul, le blanc de baleine par la potasse, décomposant le savon par l'acide chlorhydrique et saturant enfin les acides gras par la baryte. Les sels baritiques mêlés d'Ethal étant traités par l'alcool, celui-ci fournit par l'évaporation de l'Ethal presque pur; cependant nous l'avons redissous par l'éther qui en a séparé quelques traces de sels barytiques. Nous avons maintenu l'Ethal ainsi purifié pendant quelque temps en fusion d'abord à l'air, puis dans le vide, afin de le dépouiller de toute trace d'eau, et nous l'avons enfin distillé à une chaleur convenable (1).

L'Éthal ainsi préparé, nous a paru tout semblable à celui que M. Chevreul a étudié, et nous a offert la composition suivante:

0,330 matière donnent 0,423 eau et 0,945 acide carbonique; c'est-à-dire :

Carbone.	79,2
Hydrogène.	14,2
Oxigène.	6,6
	100,0

Ce qui s'accorde parfaitement avec l'analyse de M. Chevreul et avec la formule suivante :

C^{32}	1224,2	79,6
H^{34}	212,5	13,8
O	100,0	6.6
	1536,7	100,0

Pour rendre cette formule comparable à celle de l'alcool, il faut évidemment la doubler afin qu'elle renferme deux atomes d'oxigène, ce qui la transforme en $C^{64} H^{68} O^2$, ou bien en la formule rationnelle suivante, $C^{64} H^{64} + H^4 O^2$.

Ceci posé, nous devions obtenir, en traitant l'Ethal par des agens convenables, le carbure d'hydrogène $C^{64} H^{64}$ correspondant à l'hydrogène bicarboné, et le monohydrate $C^{64} H^{64} + H^2 O$ qui correspond à l'éther ordinaire.

Il était peu probable qu'on pût, au moyen de l'acide

(1) Nous croyons utile d'indiquer ici un procédé rapide et économique qui permet d'obtenir l'éthal en grande quantité. Il consiste principalement à opérer la saponification du blanc de baleine avec la potasse solide, et à transformer les acides gras en savon de chaux.

On prend 2 parties de blanc de baleine, on les fait fondre, et on y ajoute peu à peu 1 partie d'hydrate de potasse en menus morceaux, en ayant soin d'agiter sans cesse; la combinaison s'opère rapidement avec dégagement de chaleur. Lorsqu'elle paraît terminée et que les savons formés ont rendu la matière entièrement solide, on traite par l'eau, puis par l'acide chlorhydrique en léger excès. L'éthal et les acides devenus libres viennent, à l'aide de la chaleur, former à la surface une couche huileuse qu'on sépare par décantation; une seconde saponification opérée sur ce produit, de la même manière que celle qui vient d'être décrite, est nécessaire pour décomposer la petite quantité de blanc de baleine existant après ce premier traitement.

Les acides gras étant de nouveau séparés par l'acide chlorhydrique au moyen de la chaux éteinte en excès, on obtient des savons calcaires mélangés d'éthal : l'alcool dissout ce dernier corps, lequel, après avoir été séparé de l'alcool, est repris par l'éther sulfurique; il s'obtient alors dans un état de pureté parfait. Soumis à la distillation après l'évaporation de l'éther, il ne laisse dans la cornue aucun résidu.

sulfurique, séparer le carbure d'hydrogène dont il s'agit. En effet, l'acide sulfurique, comme on l'avait prévu, carbonise les produits, dès qu'on essaie de distiller un mélange d'Ethal, avec cet acide, soit qu'on le prenne à l'état anhydre, soit qu'on le prenne à l'état hydraté.

Nous avons donc cherché un corps avide d'eau et peu ou point oxidant et nous avons trouvé dans l'acide phosphorique une matière éminemment convenable à nos vues et propre sans aucun doute à rendre les plus grands services dans ce genre d'expériences.

Cétène. En distillant à plusieurs reprises l'Ethal avec de l'acide phosphorique pur et réduit en poudre, nous avons obtenu un composé huileux, bien plus volatil que l'Ethal. Son analyse nous a donné les résultats suivans :

0,403 de matière fournissent 1,413 acide carbonique et 0,514 eau, c'est-à-dire :

Carbone	85,3
Hydrogène	14,1
	99,4

ce qui indiquait suffisamment que nous avions affaire à un carbure d'hydrogène.

Pour obtenir ce composé, il faut que l'acide phosphorique soit pur et libre de toute base ; l'acide du commerce ne nous a donné que des résultats très-imparfaits. Cependant en distillant l'Ethal deux ou trois fois sur l'acide phosphorique du commerce réduit en poudre, on peut lui enlever une certaine quantité d'eau.

Dans tous les cas, pour se procurer le nouveau carbure d'hydrogène tout à fait pur, il faut recourir à l'acide phosphorique anhydre. Ainsi en distillant les produits donnés par l'acide phosphorique ordinaire, une ou deux fois, avec de l'acide phosphorique anhydre, on obtient un produit très-pur, dont voici la composition :

0, 353 matière ont donné 0,153 eau et 1,100 acide carbonique, soit :

Carbone.	86,2
Hydrogène.	14,2
	100,4

ce qui s'accorde avec la formule du gaz oléfiant et du méthylène, ou pour mieux dire avec la formule suivante :

C^{64}.	2448,4	85,9
H^{64}.	400,0	14,1
	2848,4	100,0

d'où résulte comme nous l'avions prévu l'existence incontestable d'un carbure d'hydrogène isomérique avec le gaz oléfiant, mais dans un état de condensation bien différent.

En effet, d'après la densité de sa vapeur, on doit le considérer comme étant formé de 16 vol. de carbone et 16 vol. d'hydrogène condensés en un seul. Ainsi, chaque atome correspond à 4 vol., tout comme on l'a trouvé pour le méthylène, le gaz oléfiant, la naphtaline, la base du camphre artificiel, etc. Voici du reste les résultats de l'observation.

Excès du poids du ballon plein de vapeur sur le ballon plein d'air.	0gr,510
Capacité du ballon.	171 cent. cub.
Température de la vapeur.	337°
Baromètre.	0,762
Température de l'air.	20°
Air restant.	9,9 cent. c.
Poids du litre.	10,491
Densité.	8,007

La densité calculée serait représentée par

64 vol. carbone.	26,982
64 vol. hydrogène.	4,403
	31,385

$$\frac{31,385}{4} = 7,846$$

C'est-à-dire que la densité de ce nouveau corps est seize fois plus forte que celle du méthylène, huit fois plus forte que celle du gaz oléfiant, etc.

C'est ce nouveau corps que nous désignons sous le nom de *Cétène*, emprunté aux termes bien connus de *Sperma ceti* et de *Cétine*, qui sont passés dans la langue des chimistes.

Le Cétène est liquide, incolore, huileux, et tachant le papier. Il bout à 275° et distille sans altérations; mais nous devons ajouter que nous n'avons pas déterminé ce point d'ébullition d'une manière rigoureuse. Il est insoluble dans l'eau, très-soluble dans l'alcool ou l'éther, et sans réaction sur les papiers. Il n'a pas de saveur propre. Enflammé, il brûle à la manière des huiles grasses, avec une flamme blanche très-pure.

La nature de ce corps et l'ensemble de ses propriétés nous font penser qu'il conviendrait à l'horlogerie fine, en lui fournissant un corps gras, non volatil aux températures atmosphériques, non congélable et inaltérable à l'air.

Quoique l'acide phosphorique nous eût fourni le carbure d'hydrogène que nous cherchions, nous n'aurions pas regardé la nature de l'Ethal comme étant connue, si nous n'avions pu nous appuyer sur des phénomènes d'un autre ordre. En effet, l'acide phosphorique pouvait à la rigueur avoir déterminé la formation de l'eau, au lieu de se borner à séparer de l'eau toute formée.

Nous avons donc cherché à nous procurer la combinaison du Cétène correspondante à l'éther, mais nous n'avons pu parvenir à l'isoler, bien que nous l'ayons formée comme on va le voir.

Du reste, quoiqu'on puisse présumer que l'acide phosphorique enlève plus aisément à l'Ethal son premier atome d'eau que le second, on concevra que l'Ethal, son éther et le Cétène qui peuvent se mêler en toutes proportions, n'offriront que des mélanges inextricables tant qu'on n'aura d'autre moyen de séparation qu'une distillation ménagée. L'élévation du point d'ébullition de ces corps, la petite quantité sur laquelle on est forcé d'opérer rendent ce genre de recherches absolument infructueux.

Acide sulfocétique. Mais si le monohydrate de cétène n'a pas été obtenu à l'état libre, nous avons pu du moins nous procurer une combinaison qui lui correspond dans l'opinion de quelques chimistes, et qui, en tout cas, est aussi décisive, sinon davantage pour la théorie ; c'est le composé correspondant à l'acide sulfovinique.

La préparation de ce corps est très-facile, mais sa purification est si délicate que nos premières analyses nous eussent fort embarrassés, si nous n'eussions été guidés par une théorie qui n'a pas trompé notre confiance.

L'Ethal, mis en contact à froid avec l'acide sulfurique ordinaire, n'agit pas sur lui ; mais en chauffant au bain-marie et agitant très-souvent la masse, les deux corps se combinent et il se forme de l'acide sulfocétique.

Quand on dissout le produit brut dans l'alcool et qu'on le sature par de la potasse également dissoute dans l'alcool, il se forme du sulfate de potasse qui se dépose et du sulfocétate de potasse qui demeure dissous aussi bien que l'excès d'Ethal.

La liqueur filtrée et évaporée, laisse cristalliser le produit. En le redissolvant dans l'alcool absolu, on en sépare quelques traces de sulfate de potasse, puis on évapore l'alcool et on fait cristalliser une seconde fois.

Le nouveau produit renferme le sulfocétate de potasse et l'Ethal. Broyé avec de l'éther sulfurique et lavé à froid sur un filtre au moyen de cet agent, tant qu'il dissout quelque chose, ce produit se débarrasse de tout l'Ethal qu'il renfermait et laisse le sulfocétate de potasse pur.

C'est un sel en paillettes nacrées d'une blancheur parfaite.

Voici les résultats que son analyse nous a donnés :

I. 0,200 de sulfocétate chauffés dans une petite capsule en platine, brûlent en laissant du sulfate de potasse spongieux et grisâtre, qui chauffé au rouge devient d'un blanc pur, et pèse 0,048.

0,284 du même sel donnent 0,552 acide carbonique, et 0,237 eau.

II. 0,200 d'un autre produit laissent 0,048 de sulfate de potasse par la combustion.

III. 0,300 d'un troisième sel laissent 0,072 de sulfate par la combustion.

0,383 du même fournissent 0,735 acide carbonique, et 0,315 eau ;

0,500 du même sel calcinés avec 2 gr. de nitre et 2 gr. de carbonate de soude fournissent après la sursaturation du résidu au moyen de l'acide azotique et la précipitation par le chlorure de barium 0,346 de sulfate de baryte.

En répétant cette dernière épreuve sur un autre produit, elle a donné exactement le même résultat.

En réunissant les chiffres des analyses I et III on arrive donc aux résultats suivans :

	I.	III.
Sulfate de potasse.	24,0	24,0
Acide sulfurique.	»	11,7
Carbone.	53,8	53,1
Hydrogène.	9,2	9,1
Oxigène.	»	2,1
		100,0

La constance des résultats nous autorisant à regarder le sel comme pur, nous avons calculé la composition du sulfocétate de potasse pour la comparer à cette analyse. D'après la formation même du sel, il ne devait pas contenir d'eau de cristallisation, ce qui nous a conduits à le calculer d'abord d'après la formule $S\,O^3, K\,O + S\,O^3, C^{64}\,H^{64} + H^2\,O$, qui nous a donné les résultats suivans :

64 at.	carbone.	2448	53,7
66	hydrogène.	412	9,0
1	sulfate de potasse.	1090	23,9
1	acide sulfurique.	501	11,0
1	oxigène.	100	2,4
		4551	100,0

Les résultats de l'analyse et ceux du calcul sont tellement conformes, qu'on ne saurait mettre en doute la convenance de la formule adoptée.

L'existence du Cétène et celle de l'acide sulfocétique vérifiaient déjà suffisamment la théorie que nous avions admise ; mais nous avons voulu la poursuivre dans toutes ses conséquences essentielles, et après avoir formé les corps correspondans à l'alcool, à l'hydrogène bicarboné et à l'acide sulfovinique, nous avons voulu obtenir un composé de la classe des éthers anhydres, c'est-à-dire de ceux que les hydracides produisent.

Chlorhydrate de cétène. Parmi les réactions qui nous ont paru de nature à fournir un produit de cette classe, celle du perchlorure de phosphore sur l'Ethal a fixé d'abord notre attention, en raison de son énergie et de sa netteté.

Quand on mêle dans une cornue à peu près volumes égaux d'Ethal et de perchlorure de phosphore, l'un et l'autre en fragmens, il s'établit bientôt une réaction vive, les deux corps fondent, s'échauffent, une ébullition se manifeste et il se dégage une grande quantité d'acide chlorhydrique. En chauffant ensuite la cornue, on obtient du protochlorure de phosphore, puis du perchlorure, puis enfin du chlorhydrate de cétène. Il reste dans la cornue de l'acide phosphorique et probablement de l'acide phosphocétique.

Il est utile de reprendre le produit de la distillation et de le redistiller avec un peu de perchlorure de phosphore.

On traite par l'eau froide la matière ainsi obtenue, ce qui détruit en grande partie les chlorures de phosphore qu'elle contient. Le produit huileux qui se sépare en retient toujours un peu cependant, qu'on lui enlève en le faisant bouillir avec de l'eau à cinq ou six reprises.

On le dessèche ensuite dans le vide à une température modérée de 120° environ.

Malgré ces traitemens, il retient toujours des traces d'acide chlorhydrique libre, qu'on ne peut lui enlever qu'en le distillant sur une très-petite quantité de chaux éteinte récemment rougie.

Ainsi préparé, ce produit nous a donné les résultats suivans à l'analyse.

0,403 matière fournissent 1,083 d'acide carbonique, et 0,445 d'eau.

0,285 id. décomposés par la chaux incandescente produisent 0,155 de chlorure d'argent.

Ces résultats donnent donc :

Carbone.	74.3
Hydrogène.	12,2
Chlore.	13,0
	99,5

Ce qui semble s'accorder assez bien avec la formule de chlorhydrate de Cétène, qui aurait donné en effet :

C^{64}.	2448	74,1
H^{66}.	412	12,4
Ch^{2}.	442	13,5
	3302	100,0

Cependant, comme il arrive ordinairement, dans les analyses organiques, au moins dans celles que nous exécutons, que l'hydrogène est un peu plus élevé dans l'expérience que dans le calcul, et qu'ici le contraire se présentait, on a préparé une nouvelle quantité de matière qu'on a analysée avec le plus grand soin. Voici les résultats obtenus :

0,400 donnent 1,065 acide et 0,444 eau ;

0,601 du même fournissent 0,335 de chlorure d'argent.

Ce qui produit en centièmes :

Carbone.	73,67
Hydrogène.	12,32
Chlore.	13,70
	99,69

Et quoique l'hydrogène soit encore un peu fort, il paraîtra difficile d'assigner à ce composé une formule différente de celle qui précède.

Nous avons essayé de produire l'iodhydrate de cétène, mais malgré tous nos soins, il nous a été impossible d'obtenir un produit défini. Pour le faire, nous distillions un mélange d'Éthal, d'iode et de phosphore. La réaction très-vive fournissait souvent une huile, mais souvent aussi un produit qui, en épuisant l'action, prenait la consistance du cérat.

Nous n'avons pas essayé de former d'autres combinaisons. Quoique nous ayons soumis l'Éthal à l'action de l'acide azotique, à celle du chlore, les produits obtenus ne nous ont rien offert d'assez achevé pour en parler ici.

Blanc de baleine. La nature exacte du blanc de baleine, déjà si bien connue par les précieuses observations de M. Chevreul, peut s'exprimer d'une manière assez simple, à l'aide des nombres qu'elles fournissent et de la connaissance du cétène.

M. Chevreul a fait l'analyse du blanc de baleine qu'il a trouvé composé de

Carbone.	81,6
Hydrogène.	12,8
Oxigène.	5,6
	100,0

Si on disait que cette composition se représente par

472 at. de carbone.	18058	81,2
445 at. d'hydrogène.	2781	12,5
14 at. d'oxigène.	1400	6,3
	22239	100,0

on étonnerait beaucoup sans doute les chimistes habitués à la simplicité des formules inorganiques et même ceux qui s'occupent de l'analyse organique. Quand on en vient à faire usage de telles formules, il faut plus d'une démonstration de leur vérité ; et la composition élémentaire, qui seule ne suffit jamais pour donner la formule rationnelle des corps, a si peu d'importance en pareil cas, que l'on pourrait trouver vingt formules plus simples que celle qui précède et s'accordant aussi bien ou mieux qu'elle avec la composition élémentaire du blanc de baleine.

Ce n'est pas non plus, hâtons-nous de le dire, sur la composition élémentaire de ce produit que notre formule repose, mais bien sur les considérations suivantes.

Le blanc de baleine serait un éther à double acide, ou en d'autres termes, un composé de margarate et d'oléate de cétène qui aurait pour formule :

$$2(C^{70}\ H^{65}\ O^{3},\ C^{64}\ H^{64},\ H^{2}\ O) + C^{140}H^{117}\ O^{5},\ C^{64}\ H^{64},\ H^{2}\ O,$$

soit, en sommant les élémens communs :

$$C^{472}\ H^{445}\ O^{14}.$$

Ainsi, le blanc de baleine renfermerait selon cette formule rationnelle :

2 at.	acide margarique.	6768
1	acide oléique.	6587
3	cétène.	8544
3	eau.	337
		22236

Et il devrait par sa saponification fournir des acides hydratés et de l'éthal en prenant les proportions d'eau suivantes qui se fixeraient sur chacun de ses élémens.

2 at.	acide margarique.	6768 + 2 at. eau.	225
1	acide oléique.	6587 + 2 at. eau.	225
3	cétène	8544	
3	eau.	337 + 3 at. eau.	337
		22236	787

D'où il suit que 100 parties de blanc de baleine, en se sponifiant, devraient fixer 3,5 d'eau, et donner 103,5

d'éthal ou d'acides gras hydratés. M. Chevreul en recueillant ces divers produits en a obtenu 101,6. Sans contredire la formule sur laquelle repose notre calcul, ce résultat ne peut servir à la démontrer.

Mais nous voyons de même que 100 parties de blanc baleine doivent fournir par la saponification 41,6 d'éthal ; M. Chevreul en a obtenu 40,6, différence insignifiante, quand il s'agit de produits de cette espèce.

100 parties de blanc de baleine doivent fournir 61,9 d'acides hydratés ; M. Chevreul en a obtenu 60.9, ce qui indique une perte proportionnelle à celle de l'Éthal.

Enfin, la formule nous indique qu'il doit se former 6393 d'acide margarique pour 6812 d'acide oléique tous les deux hydratés ; pour vérifier ce rapport, le point de fusion du mélange suffit. D'après M. Chevreul, il est placé à 45° centig. ce qui correspond à un mélange d'acide margarique et oléique dans le rapport de 70,65 au lieu de 70,68 que donne la formule. En supposant du reste une erreur d'un demi-degré sur ce point de fusion les rapports deviendraient égaux, et tous les chimistes savent combien le point de fusion des corps gras est délicat à déterminer.

Ainsi pour nous borner aux épreuves décisives, le blanc de baleine fournit par sa saponification, de l'Éthal et des acides oléique et margarique hydratés, sans autre produit.

100 parties de blanc de baleine forment	. . . .	40,6 d'éthal.
	60,9 d'acides fusibles à 45° et contenant d'après cela . .	31,6 acide margar.
		29,3 acide oléique.
		101,5

Tandis qu'on aurait par le calcul fondé sur la formule très-simple que nous avons admise plus haut les nombres presque semblable qui suivent :

100 parties de blanc de baleine = .	. . . .	41,6 d'éthal,
	61,9 d'ac. contenant.	31,4 acide margar.
		30,5 acide oléique.

On essayerait vainement, à ce qu'il nous semble, de présenter à ces nombres par une formule différente de celle que nous avons choisie, et il faut bien accepter l'existence d'une combinaison renfermant 931 atomes, savoir : 472 atomes de carbone, 445 d'hydrogène et 14 atomes d'oxigène. Rapports bizarres, qui feraient le désespoir des chimistes, si la théorie des éthers n'en donnait la clef.

Est-il permis de remarquer, à cette occasion, qu'il serait fort étrange, si on n'admettait aucune disposition préexistante dans le blanc de baleine, que les atomes qui le composent se fussent groupés précisément en de tels rapports, et pour former un atome composé renfermant 931 atomes préliminaires.

Du reste, une fois admis que le blanc de baleine est formé de 472 at. de carbone, 445 at. d'hydrog., et 14 at. d'oxigène, on peut choisir entre cette expression brute, et l'expression rationnelle suivante :

2 at. acide margarique 2 at. cétène 2 at. eau	2 at. margarite de cétène	1 at. de blanc de baleine.
1 at. acide oléique 1 at. cétène 1 at. eau	1 atome oléate de cétène	

Si ce tableau ne représente pas véritablement l'état moléculaire du blanc de baleine, il faut avouer du moins que toutes les apparences sont en sa faveur.

La seule difficulté qu'on y remarque consiste en ce que le margarate neutre de cétène s'y trouve uni à du bioléate de cétène. Cette difficulté disparaîtrait, si on admettait que l'acide oléique, comme l'acide phosphorique, pût offrir diverses modifications. L'oléate neutre de cétène qu'on admet ici correspondrait aux pyrophosphates neutres, les oléates ordinaires correspondant à leur tour aux phosphates ordinaires.

Quoi qu'il en soit, il existe dans le blanc de baleine, d'après les produits que M. Chevreul en a obtenus, deux atomes d'acide margarique et un atome d'acide oléique, capables de saturer ensemble quatre atomes de base. Or il n'y a que trois atomes de cétène. Il faut donc que le blanc de baleine renferme un sel acide ou qu'il contienne de l'acide oléique modifié. Cette remarque pourra devenir utile dans la discussion des caractères et de la composition des corps gras.

En effet elle tend à ranger la saponification dans une classe de faits composés où l'on aurait à la fois une réaction analogue à celle d'un éther qui se décompose par un alcali, et une réaction analogue à celle que M. Graham a reconnue entre les bases en excès et les acides pyro et métaphosphorique.

Ainsi, dans la saponification du blanc de baleine, l'acide oléique deviendrait non seulement libre, mais encore changerait d'état, en ce sens que dans le corps gras il était combiné à un seul atome de base, et que hors du corps gras il en prendrait deux.

On ne peut manquer d'être frappé, en parcourant ce mémoire, de la difficulté que nous avons éprouvée, quand il a fallu tirer de l'Éthal toutes les combinaisons du cétène.

Cette difficulté tient à des causes générales. De même que le gaz oléfiant se combine moins aisément et produit des composés moins stables que le méthylène ; de même aussi, le cétène produit des composés moins stables et les forme bien plus difficilement que le gaz oléfiant.

On peut donc admettre que dans la série si remarquable, produite par les quatre corps suivans :

$C^4\,H^4$	méthylène.	1
$C^8\,H^8$	gaz oléfiant.	2
$C^{16}\,H^{16}$	hydrogène quadricarboné.	4
$C^{46}\,H^{46}$	cétène.	16

A mesure que la condensation augmente, la stabilité et l'affinité diminuent.

Au contraire, à mesure que la condensation augmente, le point d'ébullition s'élève, tant dans ces corps

que dans leurs dérivés, et pour n'en citer qu'un exemple, on voit facilement que

l'esprit de bois bouillant	à	66°
l'alcool.	à	79
l'éthal.	vers	400

offrent les mêmes rapports généraux que

le chlorhydrate de méthylène.		gazeux.
l'éther chlorhydrique bouillant	à	11°
le chlorhydrate de cétène	vers	300, etc.

Plus nous examinons ces carbures d'hydrogène isomériques, plus nous demeurons convaincus qu'ils sont au plus haut degré dignes de l'attention du physicien curieux de démêler les rapports qui lient la composition des corps à leurs propriétés moléculaires.

Sur l'Hydrobenzamide ; par M. A. Laurent.

Dans un mémoire que j'ai publié dans ces Annales, sur la réaction de la potasse sur le benzoïle, j'ai été conduit à supposer que l'essence d'amandes amères pouvait jouer le rôle d'un hydracide, et que le résultat de cette action était du benzoate et de l'hydrobenzoate de potasse. Dans un autre mémoire, j'ai avancé la proposition suivante : toutes les fois que l'hydrogène entre dans une combinaison, mais hors du radical, il forme un hydracide ou une hydrobase. Pour vérifier ce point de vue, j'ai fait passer un courant de gaz ammoniaque dans de l'essence d'amandes amères ; la liqueur s'est échauffée et est devenue pâteuse, sans cependant se prendre en masse solide. Déjà Karls avait fait la même opération ; tout s'était solidifié, mais la matière qu'il a ainsi obtenue n'a pas été examinée. Ayant essayé de purifier celle que j'avais préparée, j'y ai renoncé après m'être assuré qu'elle renfermait plusieurs substances différentes provenant, sans aucun doute, de ce que l'essence d'amandes amères renferme au moins trois principes différens, qui rendent l'action de l'ammoniaque complexe.

J'ai alors distillé de l'essence et mis à part celle dont le point d'ébullition était d'environ 180° et qui est, d'après mon analyse, de l'hydrure de benzoïle à peu près pur. Je l'ai introduite dans un flacon, et par dessus j'ai versé de l'ammoniaque liquide, en ayant soin de ne pas agiter. J'ai gravé sur le verre un trait à la jonction des deux liquides, et j'ai abandonné le flacon pendant plusieurs jours après l'avoir fermé. Au bout d'une semaine le fond du flacon était couvert d'une couche de cristaux de la grosseur d'un grain de blé ; huit jours après les 9/10 de l'essence étaient solidifiés ; ayant attendu encore huit jours, et le dernier dixième de l'essence étant resté liquide, je l'ai décanté ; le volume de l'essence avait un peu diminué, tandis que celui de l'ammoniaque avait augmenté, cependant la somme des deux volumes était restée sensiblement la même. Pour purifier la croûte cristalline qui s'était formée, je l'ai concassée et je l'ai agitée rapidement avec un peu d'éther pour dissoudre l'huile adhérente aux cristaux. J'ai ensuite fait dissoudre ceux-ci dans l'alcool bouillant, qui a laissé une petite quantité d'une poudre blanche, semblable à celle qu'on obtient par la réaction de l'ammononiaque sèche sur l'essence non rectifiée, puis j'ai abandonné la dissolution au refroidissement et à l'évaporation spontanée. Des cristaux très-réguliers se sont déposés sous la forme d'octaèdres à base rectangulaire, le plus souvent alongés dans le sens des grandes arêtes du rectangle de la base, de sorte qu'ils passaient au prisme droit à base rhomboïdale dont les angles solides, aigus, étaient remplacés par des faces triangulaires. Ces cristaux sont incolores, inodores, insipides ; mais la dissolution alcoolique possède une saveur qui rappelle celle des pralines. Ils sont insolubles dans l'eau, très-solubles dans l'alcool et l'éther. Ils entrent en fusion vers 110°, et donnent une huile épaisse qui reste très-longtemps liquide et possède une saveur faiblement sucrée ; ce n'est qu'au bout d'un jour qu'elle commence à se solidifier en devenant opaque et en donnant une masse contournée à peine cristalline. Je ne sais si la fusion en a changé la nature. Chauffés, ils s'enflamment en répandent une odeur qui n'est point désagréable ; soumis à la distillation, ils laissent un léger résidu de charbon en donnant une huile volatile et une matière cristalline nouvelle. Le potassium, à l'aide de la chaleur, les décompose ; il se forme une substance rouge, fusible.

L'acide hydrochlorique froid les décompose, il se dégage une huile qui est de l'hydrure de benzoïle, car elle se transforme au contact de l'air en acide benzoïque ; on obtient en même temps de l'hydrochlorate d'ammoniaque.

La potasse bouillante ne paraît pas les altérer. Si on les fait bouillir longtemps avec de l'alcool, ils se dissolvent en laissant dégager un peu d'ammoniaque. Si on évapore la dissolution on obtient de nouveau des cristaux octaédriques mêlés avec un peu d'huile.

La préparation de cette subtance par l'ammoniaque liquide et sa décomposition en essence et en ammoniaque par l'acide hydrochlorique me firent penser que c'était de l'hydrobenzoate d'ammoniaque ; mais je ne pouvais concevoir pourquoi le volume de l'essence avait diminué ; diminution qu'on peut attribuer seulement à la plus grande densité des cristaux formés, puisque le volume de l'ammoniaque avait augmenté.

L'analyse faite par les procédés ordinaires m'a présenté une grande difficulté ; sur cinq opérations, trois m'ont donné une détonation. L'azote se dégage en grande quantité dans le commencement ; il se forme sans doute une matière qui exige une haute température pour se volatiliser, de sorte que la chaleur s'élève assez dans le tube par l'effet de la réduction de l'oxide de cuivre pour que le tube devienne incandescent et fasse explosion.

0gr,400 de matière ont donné :
1,221 d'acide carbon. renferm. 0,337619 de carbone.

0,230 d'eau renferment	0,025531 d'hydrogène,
	0,036850 d'azote.
	0,400000

Une autre analyse faite pour déterminer directement l'azote a donné 9, 8 pour cent.

Calculés en atomes et pour cent, ces nombres donnent :

		Calculé.	Trouvé.
C^{28}	1071,3	84,75	84,405
H^{12}	75.0	5,94	6.383
$Az^{4}/_{3}$ . . .	117,3	9,31	9,212 par différ.
	1263,6	100,00	100,000

La formule qui convient à ce composé, que je nomme hydrobenzamine, est $C^{28}\ H^{12}\ Az^{4}/_{3}$; elle représente du sesqui-hydrobenzoate d'ammoniaque, moins de l'oxigène et de l'hydrogène dans les proportions nécessaires pour former de l'eau. Cette formule est digne de remarque sous plusieurs rapports.

1° Elle explique très-bien la préparation de cette amide, et sa transformation en ammoniaque et en hydrure de benzoïle, ainsi que le fait voir l'équation suivante.

$$\underbrace{C^{28}\ H^{12}\ O^{2}}_{\text{Hydrure.}} + H^{4}\ Az^{3}/_{4} - \underbrace{C^{28}\ H^{12}\ Az^{3}/_{4}}_{\text{Amide.}} + H^{4}\ O^{2}.$$

2° C'est, je crois, la première fois que l'ammoniaque liquide perd tout son hydrogène pour former une amide; et de plus la formation des amides n'a jamais lieu qu'avec les oxacides anhydres et l'ammoniaque également anhydre, parce que ces corps ne peuvent former des sels sans la présence de l'eau.

3° Elle fait voir que, quoique l'hydrure de benzoïde ne puisse se combiner avec l'ammoniaque, il n'en joue pas moins le rôle d'un acide, puisqu'il peut comme eux former des amides; et je pense que lorsque j'ai traité le benzoïle par la potasse, il s'est formé du benzoate et de l'hydrobenzoate de potasse; et que c'est la présence de l'acide benzoïque qui m'a masqué les propriétés de l'hydrure de benzoïle mis en liberté par un acide; car j'ai fait voir qu'il se formait une huile, qui prenait une belle couleur rose carminée par le contact de l'acide sulfurique, comme l'hydrure; j'ai ajouté que ce n'était peut-être pas ce dernier corps qui se formait, puisqu'il se solidifiait par le refroidissement. J'aurai sans doute obtenu un mélange d'hydrure et d'acide benzoïque, et celui-ci aura entraîné dans sa cristallisation le premier.

4° Enfin, cette formule se fait encore remarquer par l'absence de l'oxigène et par la fraction de l'azote.

Comme c'est la première amide formée avec un hydracide, et comme ce ne sera probablement pas la seule, je propose de donner le nom d'hydramide à cette sorte de composé.

Voilà un corps qui se rattache aux combinaisons du benzoïle et qui, cependant, ne renferme plus ce radical; de quelle manière faut-il l'envisager? Les combinaisons de l'azote sont si singulières et ont si peu de rapports avec celles des autres corps, que je crois qu'il est plus sage de m'abstenir de toute hypothèse sur ce sujet.

Depuis la publication de ma théorie sur les combinaisons organiques, les mémoires publiés sur la chimie végétale dans ces annales sont venus la confirmer. Cette proposition que j'ai avancée, savoir : *que l'hydrogène, placé hors du radical, devait former un hydracide*, a dû paraître hazardée, puisque je n'avais aucun fait à l'appui; l'hydrobenzamide vient lui donner une preuve indirecte; mais l'intéressant travail de M. Lowig sur le spiroïle est venu la confirmer d'une manière complète, ainsi que la plupart des autres propositions que j'ai avancées. Je vais le démontrer en peu de mots.

Le spiroïle radical a pour formule C^{24}, H^{10}, O^{4}. Si par la pensée on remplace O^{4} par son équivalent H^{8}, supposé primitivement enlevé par substitution, on aura pour radical fondamental C_{2}, H_{1}^{8} dans lequel le carbone et l'hydrogène doivent être en rapport simple; en effet, 24 : 18 : 4 : 3.

L'hydrure de spiroïle est un véritable hydracide, analogue à l'acide hydrocyanique et forme des spiroïlures bien définis.

Les chlorure, bromure et iodure de spiroïle sont des acides analogues aux chlorides de phosphore, etc.

L'acide hydrospiroïlique; traité par l'acide nitrique, perd son hydrogène en excès; qui est remplacé par de l'oxigène, mais plus que par son équivalent, et donne de l'acide spiroïlique. Or, d'après ma proposition, les corps qui sont au delà du radical peuvent être enlevés par l'oxigène, par exemple, sans être remplacés, ou en les remplaçant par une quantité quelconque d'oxigène, sans qu'il soit nécessaire que ce soit juste par leur équivalent; et ici, en effet, H^{2} de l'acide hydrospiroïlique est remplacé par O^{4}.

Le sulfure de carbone, analogue par sa composition à l'acide carbonique, devait jouer le rôle d'un acide; ce point de vue vient d'être mis en évidence par M. Couerbe.

M. Fremy vient de faire connaître deux nouveaux carbures d'hydrogène, dans lesquels on trouve toujours des rapports simples et qui forment avec le chlore deux combinaisons analogues à la liqueur des Hollandais. Je suis persuadé que si on traite ces deux derniers composés par la potasse, on leur enlèvera la moitié du chlore à l'état d'acide hydrochlorique.

M. Péligot vient de faire connaître un nouvel acide qu'il a obtenu en traitant le benzoate d'argent par le brôme. Comme il se dégage de l'acide hydrobrômique dans cette opération, il faut donc remplacer l'hydrogène enlevé dans le radical par son équivalent de brôme, en plaçant celui-ci dans le radical. L'oxigène de l'oxide d'argent doit se placer hors du radical, et la formule de cet acide devient $C^{28}(H^{9}Br)\ O^{2} + O^{2}$ (1), qui renferme un radical dérivé du benzoïle.

(1) En plaçant l'hydrogène et le brôme entre deux parenthèses, je veux presque faire voir que ces substitutions ne sont pas sans analogie avec l'isomorphisme.

J'espère faire connaître dans peu de temps un nouvel acide chloruré, et prouver que tout le chlore qu'il renferme est dans le radical, tandis que tout son oxigène est au delà. Ces acides viendront à l'appui de l'hypothèse que j'ai faite, en regardant le chloral comme une combinaison d'un acide inconnu que j'ai nommé chloroacétique; je suis même très-disposé à croire qu'on obtiendra cet acide en traitant l'aldéhydrate d'argent par le chlore.

Enfin, la phloridzine et la salicine se trouvent dans l'écorce de certains arbres; cette analogie de gisement a, je le présume, porté M. de Koning, à qui l'on doit la découverte de la première substance, à les comparer, et il a trouvé qu'elles avaient beaucoup de rapports. Voyons s'il y en a dans leur composition chimique;

$C^{14}H^{10}O^{4}$ est la formule de la salicine.
$C^{14}H_{9}O^{4\,1/2}$ est celle de la phloridzine.

J'écris la première ainsi $C^{14}H^{8}O_{3}+H^{2}O$, dérivant de $C^{14}H^{14}$. On voit que si on pouvait lui enlever H dans le radical, il faudrait le remplacer $O^{1/2}$ et on obtiendrait la phloridzine dont la formule devrait être $C^{14}H^{7}O^{3\,1/2}+H^{2}O$.

Il serait intéressant de voir si ces deux substances se rencontrent ensemble dans les mêmes végétaux, et surtout d'examiner si la formation de la salicine précède celle de la phloridzine; alors il serait très-facile de comprendre comment la première se transformerait, par le contact de l'air, dans la seconde.

Action du Plomb sur les Arsénio-Sulfures de Fer, de Cobalt, de Nickel et de Cuivre; par M. P. Berthier.

Le mispickel, ou arsénio-sulfure de fer FAS, composé de :

Fer.	0,335
Arsenic.	0,465
Soufre.	0,200
	1,000

chauffé à la chaleur de 150° dans un creuset brasqué, avec addition d'un peu de borax, perd 0,45 de son poids et se change en une matte cristalline, cassante, d'un gris jaune pâle et très-magnétique. Lorsqu'on traite cette matte par l'acide muriatique concentré et bouillant, elle est facilement attaquée; il se dégage beaucoup d'hydrogène sulfuré, et au moment où les dernières portions de soufre se séparent, le résidu, composé de petites écailles métalliques d'un gris noir, se trouve être de l'arséniure de fer $F^{2}A$, qui contient :

Fer.	0,59
Arsenic.	0,41

Mais si l'on continue à faire agir l'acide muriatique à la chaleur de l'ébullition, cet arséniure est attaqué lui-même avec dégagement de gaz hydrogène, et il finit par se transformer en un autre arséniure, deux fois plus arsénié, FA, qui n'est plus attaquable, et qui est composé de :

Fer.	0.419
Arsenic.	0,581

La moitié du fer que contenait l'arséniure $F^{2}A$ se dissout donc dans l'acide muriatique, sans qu'il se dégage une quantité notable d'arsenic.

Dans l'acte de la fusion, le mispickel perd la moitié du soufre (0,10) et les trois quarts de l'arsenic (0,351) qu'il contient, ce qui équivaut à 0,234 de réalgar $\underline{A}'$ et 0,117 d'arsenic. Si l'on ajoutait 1/4 d'atome de pyrite de fer, comme elle abandonnerait du soufre en se changeant en proto-sulfure, l'arsenic qui se sublimerait serait en totalité à l'état de sulfure. La matte que l'on obtient est composée de :

Fer.	0,6090	— 4 at.
Arsenic.	0,2095	— 1
Soufre.	0,1815	— 2
	1,0000	

et doit être considérée comme formée de 1 atome de sous-arséniure de fer $F^{2}A$ (0,515) et de 2 atomes de proto-sulfure FS (0.485).

L'addition du plomb modifie considérablement ce résultat, comme on va le voir :

10 gr. de mispickel pur,
60 gr. de plomb en grenailles très-fines.
70

Ayant été chauffés dans un creuset brasqué à 150°, on a eu un culot de plomb pesant 37 gr., surmonté d'une matte qui s'en est séparée très-nettement et qui pesait 5 gr.; la perte par volatilisation a donc été de 18 gr.

Le culot de plomb était un peu aigre, à cassure grenue, d'un gris noir. Il contenait :

Arsenic.	0gr.75
Soufre.	0 ,12

Mais il ne renfermait pas la plus petite trace de fer. La matte était compacte, grenue ou un peu cristalline, d'un gris cendré jaunâtre, moins foncé que la matte précédente et très-magnétique. On l'a trouvée composée de :

Fer.	3gr,35	— 0,67
Arsenic.	1 ,25	— 0,25
Soufre.	0 ,40	— 0,08
	5 ,00	— 1,00

En la faisant bouillir longtemps dans de l'acide muriatique concentré, elle laisse la moitié de son poids d'arséniure FA, sous forme d'une poudre noire. Cette composition équivaut à 0,216 de proto-sulfure de fer,

0.610 d'arséniure $F^3 A$ et 0,174 de fer en excès. S'il y avait 0,10 de soufre et 0.23 d'arsenic, 1 atome de la matte contiendrait 1 atome de fer et sa composition se représenterait exactement par 1/4 d'atome de protosulfure de fer FS (0,267), 1/4 atome de sous-arséniure de fer $F^3 A$ (0,565) et 1/4 d'atome de fer F (0,167) ou plutôt 1/4 d'atome d'un sous-arséniure $F^3 A$ (0,733). Mais il est probable que la proportion de soufre qui se volatilise varie et augmente en raison de la proportion de plomb que l'on ajoute au mispickel.

Les matières volatilisées dans l'expérience se composent d'environ 1gr,5 de soufre, 2gr,7 d'arsenic et de 13gr,8 de plomb, d'où l'on voit que plus du tiers du plomb sublimé se dégage à l'état de galène. Le plomb exerce une action décomposante, tant sur l'arséniure que sur le sulfure de fer; mais le sulfure de plomb étant beaucoup plus volatil que l'arséniure, il reste une proportion beaucoup plus forte d'arsenic que de soufre dans le culot plombeux. Enfin, l'expérience apprend que l'arsénio-sulfure de fer ne se mêle aucunement avec le plomb.

On sait que le cobalt gris est une espèce minérale qui, par sa composition atomique, correspond au mispickel. A l'état de pureté cette espèce contiendrait :

Cobalt.	0.354—1 at.
Arsenic.	0,453—1
Soufre.	0,193—1
	1,000

Mais elle ne se rencontre jamais à cet état, et à Tunaberg, qui fournit les échantillons les plus beaux, elle est toujours mélangée d'une proportion assez grande de pyrite de fer et d'une petite quantité de cuivre pyriteux. Lorsqu'on chauffe très-fortement le minerai de Tunaberg, il perd 0,30 à 0.40 de son poids et il s'en dégage du sulfure d'arsenic, en proportion d'autant plus grande que la température est plus élevée et qu'on la maintient pendant un plus long temps. Les expériences qui ont été faites montrent que le cobalt gris se transforme d'abord, et assez facilement (à la chaleur de 150° p.), en arsénio-sulfure $C^2 A S$, qui serait composé de:

Cobalt.	0.523
Arsenic.	0,334
Soufre.	0,143
	1,000

et en perdant 0,322 de réalgar. Mais cet arsénio-sulfure se décompose bientôt lui-même, non pas comme le mispickel en abandonnant de l'arsenic, mais en laissant au contraire dégager du soufre pour finir par se transformer en sous-arséniure $C^2 A$, composé de :

Cobalt.	0,611
Arsenic.	0.389

Cependant il paraît que cette transformation ne peut s'effectuer complétement qu'à l'aide d'une très-forte chaleur long temps soutenue, car dans tous les essais que l'on a faits avec le minerai de Tunaberg, la moindre proportion de soufre que l'on ait trouvée dans la matière fondue, n'a jamais été au-dessous de 0.05 à 0,06.

Le plomb, par l'action qu'il exerce sur le soufre, détermine au contraire très-facilement la transformation du cobalt gris en sous-arséniure à peu près pur; la température de 50° p. est même suffisante pour cela; mais à cette température une partie de la matte reste disséminée çà et là dans le plomb, quelque grande que soit la proportion employée de celui-ci. Ce mélange se distingue très-bien à la loupe, et il est facile de reconnaître que les portions inférieures du culot en sont moins chargées que les portions supérieures. Quant à la matte, elle ne retient pas la plus petite trace de plomb; elle est compacte, cassante, à cassure conchoïde très-éclatante et d'un blanc d'argent. Il s'en sépare une proportion d'autant plus grande à l'état de pureté que la température à laquelle on soumet l'essai est plus élevée. et a 150° pyr. la séparation est presque complète comme le prouve l'expérience ci-dessous.

100 gr. de plomb en grenailles fines,
20 gr. de minerai de Tunaberg ,
120

ayant été chauffés dans un creuset brasqué à 150°, on a eu un culot pesant 92 gr. 50, et qui se composait de 79 gr. 6 de plomb et de 12 gr. 9 de matte, d'où il suit qu'il a dû se volatiliser 7 gr. 1 de soufre et d'arsenic et 20 gr. 4 de plomb, ou le cinquième de celui qui a été employé.

Le plomb a été trouvé composé de :

Cobalt.	0gr.574	0,0072
Fer.	0 ,076	0,0009
Cuivre.	0 ,079	0,0009
Arsenic.	1 ,703	0,3218
Soufre.	0 ,220	0,0028
Plomb.	76 ,918	0,9664
	79gr.600	1,0000

La matte contenait:

Cobalt.	5gr,972	0,4641
Fer.	1 ,274	0,0993
Cuivre.	0 ,124	0,0079
Arsenic.	4 ,438	0,3438
Soufre.	0 ,154	0,0124
Quartz.	0 ,938	0,0633
	12gr,900	0,9908

Le quarz était mêlé en petits grains cristallins dans le minerai et n'avait pas pu en être séparé. Dans la matte, il y a à peu près 2 atomes de cobalt et de fer pour 1 atome d'arsenic et de soufre.

Le minerai préalablement fondu, et retenant encore environ 0,10 de soufre, donne aussi du sous-arséniure à peu près pur, lorsqu'on le chauffe avec du plomb à la chaleur de 50 à 60° pyrométriques.

Le nickel gris $N\,A\,S$ existe dans la nature; mais ce minéral est trop rare pour qu'on puisse l'employer aux expériences de laboratoire : il est probable qu'il éprouverait par la chaleur seule la même décomposition que le mispickel ; car en chauffant ensemble à 150° p., dans un creuset brasqué,

5gr,15 de sulfure de nickel.	$N\,S$ — 1 at.	
5 ,45 d'arséniure de nickel pur.	$N^2 A$ — 1 at.	
10 ,60		

on a obtenu un culot qui pesait 10gr', 15 au moins ; d'où il suit que la perte n'a été que de 0 gr, 45 de 0 gr, 04 au plus. L'arséniure et le sulfure n'avaient donc pas sensiblement réagi l'un sur l'autre, et la matière fondue devait être, comme avec le mispickel, une combinaison de sulfure et de sous-arséniure.

Mais le plomb agit bien plus profondément sur le nickel gris que sur le mispickel et même que sur le cobalt gris. On a fondu à 150° p., dans un creuset brasqué,

5 gr. de sulfure de nickel $N\,S$ conten.	soufre. . 1,77		
	nickel. . 3,23	6 , 29	
5 de sous-arséni. de Nickel $N^2 A$ cont.	nickel. . 3,06		
	arsenic . 1,94		
50 de plomb en grenailles fines.			
60			

On a eu un culot pesant 37gr, 18, et qui se composait de 30gr,90 de plomb et de 6gr,29 de matte.

Le plomb renfermait :

Nickel.	1gr,870	— 0,0444
Arsenic.	0 ,366	— 0.0120
Soufre.	0 ,428	— 0.0136
Plomb.	32 ,606	— 0,9255
Charbon mêlé.	0 ,130	— 0,0042
	39gr,900	— 1,0000

La matte contenait :

Nickel.	5gr,103	— 0,8100
Arsenic.	0 ,933	— 0,1480
Soufre.	0 ,128	— 0,0204
Sable mêlé.	0 ,106	— 0,0160
	6gr,270	— 0,9944

On voit par ce résultat qu'il s'est produit un sous-arséniure $N_7 A$, dans lequel il n'est resté qu'une très-petite quantité de sulfure $N\,S$, et que les 2/9 environ de ce sous-arséniure ont été retenus dans le plomb par imbibition. Il s'est volatilisé dans l'opération, 1gr,214 de soufre, 0 gr, 640 d'arsenic et 2gr,97 de plomb.

Connaissant l'action désulfurante que le plomb exerce sur l'arsénio-sulfure de nickel, on apprendra sans étonnement que l'arséniure $N^2 A$ et la galène ne se décomposent pas réciproquement : ces deux substances ne peuvent même pas se combiner, et lorsqu'on les chauffe ensemble jusqu'à fusion, la plus grande partie de l'arséniure vient nager à la surface, tandis qu'une petite portion seulement reste disséminée dans la masse de galène.

L'arséniure de nickel $N^2 A$ n'est aucunement altéré par le plomb à la chaleur de 60° pyrométriques, et il se sépare par la fusion, de telle sorte que l'on n'en trouve pas trace dans le plomb et que celui-ci conserve toute sa ductilité.

Les cuivres gris sont des minéraux qui ont en général une grande valeur, parce qu'ils contiennent beaucoup de cuivre et qu'ils sont souvent riches en argent. Pour en extraire ce dernier métal, le plus souvent on les fait fondre avec des matières plombeuses, dans le but d'obtenir, par une suite d'opérations plus ou moins compliquées, du plomb argentifère que l'on puisse coupeller, et des mattes cuivreuses retenant le moins possible d'argent. Il est donc fort intéressant pour le perfectionnement des théories métallurgiques, de savoir avec précision quelle sorte d'action le plomb exerce sur ces minéraux ; c'est cette considération qui m'a déterminé à entreprendre les expériences que je vais faire connaître, et par suite toutes celles dont il est question dans cet article.

On sait que les cuivres gris sont la plupart des composés de sulfures de cuivre, de fer, de zinc, et d'argent, avec les sulfures d'arsenic et d'antimoine $\underline{A}'''$, $\underline{Sb}'''$, dans lesquels ces divers élémens se trouvent en proportions très-variables, mais telles cependant qu'elles satisfont toujours à la formule $(F.\ Z)\ (\underline{A}'', \underline{Sb}''') + 2\,(\underline{C}, \underline{Ag}'')\ (\underline{A}''', \underline{Sb})$, découverte par M. H. Rose. Dans quelques uns le sulfure d'arsenic domine beaucoup, tandis que dans d'autres au contraire l'élément électro-négatif est le sulfure d'antimoine presque pur. J'ai soumis à l'expérience un minerai antimonial de Pasco au Pérou, la variété arsénicale de Sainte-Marie-aux-Mines (Haut-Rhin), et deux variétés antimoniales qui se trouvent dans les montagnes du midi de la France.

J'ai chauffé dans un creuset brasqué à la chaleur d'un essai de fer, 10 gr. d'un cuivre gris, antimonial et très-riche en argent, provenant de la mine de Pasco, au Pérou, et comme le schlich que j'ai employé était mêlé de 0,36 à 0,40 de gangue, j'y ai ajouté 2 gr. de borax. J'ai eu un culot pesant 9gr,50 et qui se composait de trois substances différentes, 1° d'une scorie vitreuse, opaque et d'un vert d'herbe pesant 5gr,95; 2° d'une matte semblable pour l'aspect à du sulfure du cuivre, pesant 1gr,85; 3° et d'un speiss cassant, à cassure lamelleuse éclatante, d'un blanc d'argent et à reflets violacés, et pesant 2 gr. Les 10 gr. de minerai ont donc produit 3gr,85 de substances métalliques, et la perte par volatilisation a du être d'environ 2 gr.; elle devait se composer de soufre et d'antimoine. Le speiss et la matte ont été essayés séparément pour argent.

Le speiss en a donné.	0g',67	— 0,335
La matte.	0, 12	— 0,064

D'après cela, le minerai renfermait 0,079 d'argent. Dans l'acte de la fusion il s'est produit un speiss qui se

composait d'argent, de cuivre et d'antimoine à peu près à parties égales, et une matte cuivreuse qui ne retenait que les 2/11 du total de l'argent.

Lorsque l'on chauffe le cuivre gris de Sainte-Marie à la chaleur blanche, il perd au moins le quart de son poids; il s'en dégage de l'arsenic, et la masse fondue, qui diffère peu pour l'aspect du minéral lui-même, n'en retient que 0,03 ou 0,04; mais si on le soumet à la chaleur des essais de fer, il abandonne la presque totalité du sulfure d'arsenic qu'il contenait, et il donne naissance à deux composés nouveaux qui ne sont pas séparés nettement l'un de l'autre, mais dont on peut recueillir des fragmens assez purs pour qu'il y ait possibilité de déterminer la composition exacte de chacun d'eux. Le premier, qui occupe la partie inférieure du culot, est cristallin, d'un beau blanc d'argent et très-éclatant; c'est un véritable speiss cuivreux; son poids ne s'élève pas à plus de 0,08 à 0,09. du poids du cuivre gris employé. Le second est une matte d'un gris presque noir, sans éclat, à cassure grenue, présentant à peine quelques indices de cristallisation : on y voit des particules de speiss disséminées çà et là.

Le speiss a été trouvé composé de :

Cuivre.	0,303
Fer.	0,021
Zinc.	0,009
Argent.	0,022
Antimoine.	0,582
Arsenic.	0,019
Soufre.	0,036
	0,992

C'est de l'antimoniure de cuivre *C Sb*, mêlé du huitième de son poids de sulfures de fer, de zinc, d'argent et d'arsenic. Il retient du cinquième au sixième de l'argent contenu dans le minerai brut.

La matte se composait de :

Cuivre.	0,508
Fer.	0,058
Zinc.	0,130
Argent.	0,015
Antimoine	0,026
Arsenic.	0,010
Soufre.	0,249
	0,996

composition qui est exprimée par la formule $7\,\underline{C'} + 4\,Z + 2\,F'$, indépendamment d'une petite quantité d'antimoine et d'arsenic.

Ainsi, lorsque l'on chauffe le minerai de Sainte-Marie à une température suffisamment élevée, il arrive que vers la fin de l'opération l'antimoine prend le rôle d'élément électro-négatif en décomposant le sulfure de cuivre et en donnant naissance à de l'antimoniure de cuivre; il y a lieu de penser qu'avec d'autres minerais analogues le résultat serait le même, et qu'il se formerait une quantité d'antimoniure qui correspondrait à la quantité d'antimoine contenu dans le minerai. Si l'on traitait de cette manière le cuivre gris de Sainte-Marie; si par exemple on le fondait dans un haut fourneau à fer, les neuf dixièmes du cuivre au moins resteraient dans la matte, qui ne contiendrait d'ailleurs que fort peu d'antimoine, et la presque totalité de ce dernier métal passerait dans le speiss, en n'entraînant que le dixième tout au plus du cuivre contenu dans le minerai. Comme il est presque impossible de purifier complétement du cuivre qui contient de l'antimoine, on conçoit quel pourrait être l'avantage de ce procédé, qui restreindrait la difficulté de purification au dixième du cuivre total. Mais l'intervention du plomb donne, ainsi qu'on va le voir, un moyen beaucoup plus simple encore d'opérer la séparation de l'antimoine du cuivre gris, en ne sacrifiant qu'une petite partie du cuivre.

Une expérience que j'ai déjà rapportée dans un mémoire que j'ai publié sur le traitement du cuivre gris de Sainte-Marie à Poullaouen, mais que je suis obligé de citer encore ici, m'a donné les résultats suivans :

10 gr.	de minerai de Sainte-Marie imparfaitement lavé,
25	de plomb granulé,
35	

ont été chauffés à la chaleur blanche dans un creuset nu, mais couvert. On a eu un culot de plomb aigre, et par dessus une matte recouverte d'une couche mince de scorie vitreuse brune. Le plomb pesait 17gr,5 et la matte un peu bulleuse, 11gr,5

Le plomb était aigre, à cassure grenue et d'un gris noir. Il contenait :

Cuivre.	0gr,48	— 0,0274
Antimoine.	0 ,25	— 0,0173
Arsenic.	0 ,55	— 0,0313
Soufre.	0 ,10	— 0,0060
Plomb.	16 ,12	— 0,9180
	17gr,50	— 1,0000

La matte était lamelleuse et semblable à de la galène. Elle était composée de :

Cuivre.	2gr,20	— 0,191
Plomb.	6 ,70	— 0,583
Soufre.	1 ,60	— 0,139
Scorie adhérente.	1 ,00	— 0,087
	11gr,50	— 1,000

Elle retenait à peu près le tiers de l'argent contenu dans le minerai, mais elle ne renfermait pas la plus petite trace d'antimoine ni d'arsenic. Le fer et le zinc avaient été introduits pendant l'expérience dans les scories, ainsi qu'un petite quantité de cuivre, et par l'effet de l'oxidation opérée par l'air.

Dans cette expérience le plomb a décomposé complétement les sulfures d'arsenic et d'antimoine, et le

sixième du cuivre tout au plus a passé dans ce métal avec tout l'antimoine et la portion d'arsenic qui ne s'est pas volatilisée à l'état de sulfure.

Pour rendre plus évident encore l'effet de ce genre de réaction, on a chauffé dans un creuset nu à la chaleur de 50° pyrométriques

20 gr. de minerai de Sainte-Marie déjà fondu à une haute température,
60 gr. de plomb granulé.

80

Les résultats ont été analogues à ceux de l'expérience précédente, et l'on a trouvé dans le plomb :

Cuivre.	0,0080
Argent.	0,0040
Antimoine.	0,0195
Arsenic.	0,0072
Soufre.	0,0010
Plomb.	0,9603
	1,0000

Et dans la matte :

Cuivre.	0,314	8 at.
Fer.	0,062	} 2
Zinc.	0,004	
Plomb combiné.	0,386	3
Soufre.	0,189	9
Plomb mêlé.	0,034	
	0,989	

sans antimoine ni arsenic. La composition de cette matte se représente exactement par la formule $2\,(F, Z)\,S + 3\,P\,S + 4\,C\,S$. Dans cette expérience, le cuivre s'est trouvé presque complétement isolé de l'antimoine, ce qui porte à croire que le cuivre qui reste dans le plomb ne s'y trouve que mélangé mécaniquement et irrégulièrement, probablement à l'état de sulfure.

Il existe dans le département de l'Aveyron, au lieu appelé *Corbières*, un cuivre gris antimonial très-riche en argent et qui est remarquable en ce que l'antimoine qu'il contient paraît y être à l'état de sulfure $\underline{Sb}'''$ Je l'ai effectivement trouvé composé de :

Cuivre.	0,343
Argent.	0,008
Zinc.	0,063
Fer.	0,017
Antimoine.	0,250
Arsenic.	0,015
Soufre.	0,253
Quartz.	0,032
	0,981

Or, si l'on supposait que l'antimoine y fût à l'état de proto-sulfure $\underline{Sb},'''$ il y aurait 0,01 de soufre de trop.

10 gr. de ce minerai ayant été chauffés à 60° pyr. avec
30 gr. de plomb granulé,

40	on a eu un culot de plomb pesant	gr. 24,gr.8
	et une matte pesant	12,7
		37,5

le tout recouvert d'une couche mince de scorie brune; d'où l'on voit que la volatisation a été presque nulle, Le plomb était très-aigre et ne pouvait pas passer à la coupellation sans addition de plomb pur. Il contenait :

Antimoine.	2gr,20 —	0,088
Cuivre.	0 ,60 —	0,024

un peu de soufre, que l'on n'a pas dosé, et une trace d'arsenic. Il a donné à l'essai 0 gr,06 d'argent ou 0,0025.

La matte ressemblait à de la galène; c'était un sulfure double de plomb et de cuivre dans lequel il restait environ 0,015 de sulfure d'antimoine. Elle a donné à l'essai 0gr,025 d'argent ou 0,002, d'où l'on voit qu'elle ne retenait qu'un peu plus du quart de l'argent contenu dans le minerai. En général, dans ces expériences, on a toujours vu que l'argent se partageait entre la matte et le plomb à peu près proportionnellement aux masses.

En traitant en grand le minerai de Corbières comme on vient de l'indiquer, il ne resterait donc dans le plomb, avec l'antimoine, que le quatorzième du cuivre, et encore pourrait-on séparer cette portion de cuivre presque en totalité de l'antimoine; car en soumettant le plomb à la coupellation, il se formerait d'abord une grande quantité d'abstrich qui entraînerait tout l'antimoine avec un peu de cuivre seulement, et la plus grande partie de ce dernier métal se retrouverait dans le plomb, après que tout l'antimoine aurait été scorifié. Les abstrichs étant fort riches en antimoine, produiraient immédiatement, en les passant au fourneau de réduction, un alliage qui serait très-propre à servir pour confectionner des caractères d'imprimerie.

Les bournonites, qui sont des sulfures triples de cuivre, de plomb et d'antimoine, souvent argentifères, se comportent avec le plomb de la même manière que les cuivres gris dont il vient d'être question.

10 gr. de bournonite de Mourgis (dép. de l'Aveyron) et
30 gr. de plomb granulé,

40	ont donné : plomb aigre.	28gr,30
	matte.	8 ,42
		36 ,72

La perte par volatilisation et oxidation n'a donc été que de 3gr,28.

Le plomb était très-aigre. Il contenait 0,50 d'antimoine et un peu de soufre, mais pas de cuivre. La matte retenait environ 0,02 de son poids de sulfure d'antimoine.

Enfin, j'ai encore soumis au traitement par le plomb un minerai de cuivre argentifère qui se trouve à Sainte-

Marie, dans le département de l'Aude, et qui paraît être un mélange de bournonite et de cuivre gris antimonial.

10 gr. de ce minerai, et			
30 de plomb granulé,			
40	ont donné :	plomb.	23gr,8
		matte.	11 0
			34 ,8

Le plomb contenait environ 0,06 d'antimoine et 0,01 de cuivre, tout au plus, et il a donné à l'essai 0gr,033 d'argent ou 0,00137.

La matte ne retenait pas plus de un demi-centième d'antimoine, et elle a donné à l'essai 0 gr,009 d'argent, ou 0,00081, c'est-à-dire le cinquième de l'argent total 0 gr,042.

Dans l'essai de scorification en grand du minerai de cuivre gris du Haut-Rhin, qui a été fait à Poullaouen (*Ann. de Ch.*, t. LX, p. 381), l'action décomposante du plomb sur les sulfures d'antimoine et d'arsenic a joué un grand rôle; mais dans cette opération on a mis en jeu simultanément cette action et l'action oxidante de l'air; or, il est évident qu'il vaudrait mieux faire autrement, afin d'arriver à séparer immédiatement la plus grande proportion possible de cuivre des matières antimoniales et arsénicales, ce qui est le but principal vers lequel on doit tendre. Il me paraît qu'il vaudrait mieux fondre le minerai au four à reverbère ou au fourneau de coupelle, avec addition de trois ou quatre parties de plomb, sous l'influence de la flamme non oxidante, enlever la matte aussitôt qu'elle se serait formée, achever la coupellation du plomb et traiter ensuite séparément 1° la matte, par grillage ménagé et réduction subséquente, pour en extraire le cuivre à l'état de sulfure et l'argent à l'état de combinaison dans le plomb; et 2° les abstrichs par réduction, etc.

Si l'on avait à traiter un cuivre gris non plombeux, mêlé en petites parties dans sa gangue et qui fût difficile à laver, il serait avantageux de lui faire subir une fonte crue dans un fourneau à manche très-élevé, pour le soumettre ensuite à l'action du plomb, comme il vient d'être dit. De cette manière on en expulserait la plus grande partie du sulfure d'arsenic en même temps qu'on le séparerait de sa gangue, on aurait besoin de moins de plomb pour le traiter ensuite, et en même temps les mattes que l'on obtiendrait seraient beaucoup moins plombeuses que celles qui se seraient formées si l'on eût opéré sur le minerai cru.

Les deux expériences que je vais rapporter prouvent que le sulfure de cuivre n'a qu'une affinité très-faible pour le sulfure d'antimoine et surtout pour le sulfure de cuivre.

On a chauffé dans un creuset brasqué, à 150° pyr.,

1 at. de sulfure de cuivre.	9gr,9256	conten.	cuiv. 7 gr,91	2 at.
			souf. 2 ,01	4 at.
1 at. suflu. d'antimoine.	22 ,1640	conten.	souf. 6 ,60	
			ant. 15 ,13	2 at.
Borax.	2 ,0000			
	34 ,0896			

On a eu un culot métallique pesant 17gr,30, et une scorie vitreuse émaillée pesant 1gr.04. Le culot était homogène, compacte, sans bulles, très-cassant, à cassure lamelleuse, et d'un gris bleuâtre. D'après la quantité de soufre qu'on y a trouvé, il devait être composé de :

Cuivre.	7gr,91
Antimoine.	7 ,49
Soufre.	1 ,90
	17gr,30

Composition qui se rapproche beaucoup de celle qui résulterait de la combinaison de 2 atomes de cuivre avec 1 atome d'antimoine et 1 atome de soufre. En effet, cette combinaison contiendrait :

Cuivre.	7gr,91	0,4349	2 at.
Antimoine.	8 ,06	0,4535	1
Soufre.	2 ,01	0,1116	1
	17gr,98	1,0000	

En admettant cette composition, il s'ensuivrait qu'il se serait volatilisé 3 atomes de soufre et seulement 1 at. d'antimoine, et qu'ainsi la moitié du sulfure d'antimoine aurait été décomposée.

On ne peut faire que deux suppositions sur la nature du culot. Ou c'est un mélange de sulfure de cuivre et d'antimoine métallique, ou c'est un composé triple de sulfure de cuivre, de sulfure d'antimoine et d'antimoniure de cuivre. Sa parfaite homogénéité rend la première supposition peu admissible, car on sait qu'en général les mattes sulfureuses se séparent d'une manière assez nette des métaux purs. En admettant la dernière, il est tout naturel de supposer que le cuivre s'est partagé par parties égales entre l'antimoine et le soufre, et alors on a pour la composition du culot :

3 at. de sulfure de cuivre ($C^2 S$).	0,2733
1 at. de sulfure d'antimoine ($Sb^2 S^3$).	0,2069
2 at. d'antimoniure de cuivre ($C^3 Sb^2$).	0,5198
	1,0000

Il est probable que si l'on eût ajouté au mélange des sulfures très-basiques, tels que les sulfures de fer ou de zinc, il se serait formé une matte dont l'antimoniure de cuivre se serait séparé.

On a fondu au creuset brasqué comme ci-dessus

1 at. de sulfure de cuivre ($C^2 S$).	9gr,9256
1 at. d'orpiment ($A_2 S^3$).	15 ,4358
Borax.	2 ,0000
	27gr,3614

Il est resté un culot métallique pesant 10gr,25, surmonté d'une scorie qui ne pesait que 6gr,85. Le culot avait absolument l'aspect de sulfure de cuivre; mais en le cassant, on a trouvé à sa partie inférieure un

petit bouton qui pesait 0 gr,45 à 0gr,50 et qui était tout différent. Il avait la couleur rouge du cuivre à la surface, mais à l'intérieur il était d'un gris blanc assez éclatant ; ce devait être de l'arséniure ou de l'arsénio-sulfure de cuivre. Quant au reste de la matte, qui pesait 9gr,80 à 9gr,75, c'était du sulfure de cuivre tout pur et dans lequel on n'a pas trouvé la plus petite trace d'arsenic.

On voit par cette expérience, que le sulfure d'arsenic se sépare bien plus facilement encore du sulfure de cuivre que le sulfure d'antimoine, probablement à cause de sa grande volatilité.

Note sur une concrétion formée dans le ventricule droit du cerveau d'un cheval ; par J.-L. Lassaigne.

L'on a déjà des exemples de concrétions développées soit dans la masse cérébrale, soit dans les ventricules ou le plexus choroïde de cet organe, et ces observations ont été tour à tour faites dans l'espèce humaine et dans quelques espèces d'animaux domestiques. L'analyse de ces concrétions a même prouvé qu'elles étaient formées le plus ordinairement par de la *cholestérine* mêlé d'*albumine coagulée* et *de sels calcaires.*

La nouvelle concrétion que nous avons mise sous les yeux de la Société de Chimie médicale, dans la séance du 6 juin dernier, était remarquable par son volume qui égalait celui d'un gros œuf de poule, et surtout son poids de 54 grammes, qui formait environ la dixième partie de la masse totale des deux lobes cérébraux. Cette concrétion était logée dans le ventricule droit du cerveau d'un vieux cheval, qui n'avait rien offert de remarquable pendant toute la durée de son service : une autre petite concrétion de la grosseur d'une amande s'était développée dans le ventricule gauche. Ces deux concrétions, trouvées sur le même animal, avaient la même structure ; elles présentaient une masse ovoïde, enkystée, formée par l'agglomération d'une multitude de petits corps blanchâtres, lenticulaires, nacrés, et doux au toucher ; une sérosité roussâtre, alcaline, tenant en suspension de petites lames transparentes, micacées, en découlait par la pression après l'avoir fendue par la moitié.

Une portion de cette concrétion mise en ébullition avec de l'alcool à 38° fut en partie dissoute, et la liqueur alcoolique a déposé en refroidissant des lames blanches et nacrées, analogues à la cholestérine biliaire. L'examen ultérieur qui en a été fait a prouvé que la substance qui composait ces lames était identique avec elle par sa fusibilité à + 136°, sa solubilité dans l'éther, son insolubilité dans les solutions alcalines, sa coloration en rouge par l'acide sulfurique concentré et sa transformation en acide cholestérique par l'action de l'acide nitrique bouillant. Le poids de cette cholestérine formait les 58/100 de la concrétion ; quant au résidu insoluble dans l'alcool, les acides faibles en ont extrait 2/100 de sous-phosphate de chaux qu'on en a séparé par leur saturation ; enfin, il est resté une matière membraniforme mêlée de flocons blanchâtres, qui jouissaient de tous les caractères de l'albumine coagulée.

Des essais rapportés ci-dessus, il résulte que cette concrétion cérébrale du cheval était composée de :

Cholestérine.	58 0
Matière membraniforme et albumineuse	39,5
Sous-phoshate de chaux.	2,5
	100,0

Encyclographie

DES

SCIENCES MÉDICALES.

REPRODUCTION EN LANGUE FRANÇAISE DES OUVRAGES PÉRIODIQUES PUBLIÉS EN ANGLETERRE, EN ALLEMAGNE ET EN ITALIE SUR CES SCIENCES;

SAVOIR :

MEDICO-CHIRURGICAL REVIEW, BY JAMES JOHNSON;
MEDICAL QUARTERLY REVIEW;
DUBLIN JOURNAL;
LONDON MEDICAL GAZETTE;
LONDON MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL;
THE LANCET;
EDIMBURGH MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL;
MEDICO-CHIRURGICAL TRANSACTIONS;
JOURNAL FUER CHIRURGIE UND AUGENHEILKUNDE, VON GRAEFE UND WALTHER;
JOURNAL DER PRACTISCHEN HEILKUNDE, VON HUFELAND UND OSANN;
WISSENSCHAFTLICHE ANNALEN DER HEILKUNDE, VON HECKER;
PREUSSISCHE MEDICINISCHE ZEITUNG;
FRORIEP'S NOTIZEN AUS DEM GEBIETE DER NATUR UND HEILKUNDE;
HEIDELBERGER MEDICINISCHE ANNALEN;
CLARUS UND RADIUS, BEITRAEGE, ETC.;
WUERTEMBERG'SCHES MEDICINISCHES CORRESPONDENZ-BLATT;
MUELLER'S ARCHIV FUER ANATOMIE, PHYSIOLOGIE, ETC.
ZEITSCHRIFT FUER GEBURTSKUNDE;
CASPER'S WOCHENSCHRIFT;
OMODEI, ANNALI UNIVERSALI.

BRUXELLES,
ÉTABLISSEMENT ENCYCLOGRAPHIQUE, FAUBOURG DE FLANDRE.

1836.

ZEITSCHRIFT

FUR DIE STAATSARZNEIKUNDE HERAUSGEGEBEN VON ADOLPH HENKE, IN ERLANGEN.

CAS DE SUPERFÉTATION.

Observation communiquée par le docteur MÖBUS de Dieburg.

La diversité d'opinions des auteurs relativement à la possibilité de la superfétation chez la femme, m'engage à publier, comme confirmation de cette possibilité, une observation qui m'est propre.

La femme de *Jean Held* à Grosszimmern, arrondissement de Dieburg, bien portante, âgée de 35 ans, mariée depuis onze années, avait déjà fait quatre couches heureuses; le 16 octobre 1833, elle entra en mal d'enfant à 7 heures du soir, et mit au monde à dix heures une fille, qui d'après tous les signes était à terme.

Immédiatement après l'accouchement un léger écoulement sanguin se manifesta et peu après l'arrière-faix fut expulsé et avec lui cessa tout écoulement sanguin.

Aussitôt après l'expulsion de l'arrière-faix elle sentit dans le corps un mouvement violent qui lui fit croire qu'elle accouchait d'un second enfant.

La sage-femme, personne instruite, s'assura dès lors qu'il n'existait pas un second enfant; elle trouva l'orifice de la matrice fermé.

Le second jour se passa sans que l'on vit arriver un second enfant; l'accouchée ressentait des mouvemens violens; les lochies ne coulaient pas du tout, l'enfant avait été approché du sein à diverses reprises, mais le lait ne coulait pas et les mamelles restaient flasques; vingt-huit heures après l'accouchement je fus appelé en consultation.

A mon arrivée je trouvai cette femme au lit, accablée de lassitude et dans la plus grande anxiété. Je percutai le bas-ventre, qui était dilaté et tendu, ce qui me porta à croire, surtout après que je crus m'être aperçu de quelque mouvement, qu'il existait un second fœtus. La femme ne permit pas le toucher. Je trouvai les mamelles flasques et il n'était apparu jusques-là ni lait ni lochies.

L'enfant qui était né était entièrement bien conformé et tout indiquait en lui que l'accouchement avait eu lieu à terme. La belle-sœur de la femme le nourrit de son lait.

En partant, je tranquillisai cette femme et lui fis observer qu'elle pouvait attendre avec calme et sans crainte la seconde délivrance qui était imminente. Le 1r jour je la visitai de nouveau et la trouvai hors du lit, calme, alerte, et s'acquittant de quelques petits soins domestiques.

Les seins étaient encore flasques et sans lait. Il ne s'était manifesté ni lochies, ni fièvre de lait; seulement elle continuait à ressentir les mouvemens d'un second enfant resté dans la matrice.

L'enfant né était bien portant et prenait du meilleur cœur du monde le sein de sa nourcire.

Huit jours plus tard je les visitai de nouveau et les trouvai très-bien elle et son enfant.

Le 18 novembre, c'est-à-dire trente-trois jours après sa première couche, cette femme mit au monde une seconde fille également à terme, mais très-frêle.

Après avoir reçu ces renseignemens je visitai cette femme et la trouvai en bonne santé et très-contente. Voici comment elle me raconta ce qui était survenu:

A dix heures du soir elle avait senti le mal d'enfant et à onze heures et demie elle s'était accouchée d'une seconde fille, très-légère (*leichte*); il était immédiatement survenu un écoulement sanguin de la matrice que suivit l'arrière-faix. Elle se sentit bien; ses couches se passèrent régulièrement; ses seins devinrent tendus et elle en approcha son enfant.

L'enfant était bien conformé et en bonne santé; il ne portait aucun signe du trop de temps qu'il avait séjourné dans l'utérus (*ueberreife*), ce qui faisait que lorsque la mère tenait ses deux petites filles, on pouvait difficilement distinguer laquelle des deux était née la première.

J'ajouterai que le premier enfant qui, jusqu'au 20e jour qui suivit la deuxième couche, n'avait nullement été malade, mourut subitement le 21me.

Quatre jours après je me rendis de nouveau près de la mère et je la trouvai, elle et son enfant, tout rayonnans.

La fièvre de lait s'était déclarée le troisième jour; les mamelles étaient remplies de lait, qui coula facilement et les lochies prirent cours régulièrement.

Ces deux naissances d'enfans à terme survenues dans l'espace de trente-trois jours, prouvent certainement que la superfétation est possible.

Quatre fois cette femme donne, sans accident, naissance à des enfans; sa cinquième couche est irrégulière; il ne se manifeste ni fièvre, ni sécrétion de lait, d'où l'on conclut qu'un second fœtus existe et qu'il absorbe cette sécrétion; voilà comment on combattra la supposition que l'on pourrait faire que cette femme eut deux utérus. (*Sechzehnter Jahrgang*, 1836, *Zweites vierteljahrheft*).

HUFELAND'S U. OSANN'S,

JOURNAL DER PRAKTISCHEN HEILKUNDE.

Melœna suivi de guérison; par le Dr Creuzwieser, médecin à Holland (*Prusse*).

Un homme robuste, âgé de 40 ans, d'un tempérament colérique et atrabilaire, sujet aux hémorrhoïdes, remarqua, il y a dix ans, une tumeur à l'hypocondre gauche, à l'endroit où s'étend le *vasa brevia* du fond de l'estomac vers la rate. Son accroissement occasionna une sensation désagréable de réplétion dans le bas-ventre, qui cependant cessait chaque fois que cet homme s'était donné beaucoup de mouvemens. L'on supposa une tumeur grasse à l'*omentum majus,* mais une hémorrhagie par l'anus composée de matières noires, bitumineuses et puantes, et auxquelles succéda du sang pur et veineux (environ 12 pintes dans l'espace de 4 jours), qui se déclara cinq ans après, prouva le contraire. Alors cette tumeur disparut et ne reparut qu'après un laps de temps assez long, où elle atteignit peu à peu la grosseur d'une tête d'enfant.

Les vomissemens ne se manifestèrent point.

Pendant les cinq années suivantes l'état du malade fut assez satisfaisant, sauf une forte toux provenant de grandes fatigues et de refroidissemens. Vers la mi-juillet 1834, le faciès devint terreux et défiguré par des contorsions; le malade était d'une humeur excessivement sombre, qui augmenta de jour en jour et particulièrement pendant la digestion.

Il se déclara en même temps des angoisses aux régions précordiales, des nausées, des éructations, des flatuosités, de la phlogose dans le bas-ventre, des congestions vers la tête et un écoulement de matières atrabilaires par le rectum à la suite duquel le malade éprouva un peu de soulagement.

Enfin, un soir, une quantité considérable de sang s'écoula par l'anus avec des matières polypeuses; il se manifesta en même temps des vomissemens de sang continus. Il en perdit donc dans l'espace de 12 heures une quantité d'environ 18 pintes. La tumeur à l'hypocondre avait sensiblement diminué de volume. On transporta le malade, qui était épuisé par les pertes de sang, couvert d'une sueur froide et tombant dans des évanouissemens presque continuels, dans un appartement dont on ouvrit les portes et les fenêtres afin qu'il fut placé dans des courans d'air. On essaya d'abord d'arrêter les vomissemens au moyen des fomentations avec la glace sur l'estomac et sur l'endroit occupé par la tuméfaction, et en administrant toutes les demi-heures de petites quantités d'une poudre composée de 2 drachmes d'acide tartareux et de 3 drachmes de magnésie carbonique. Au bout de quelques heures les vomissemens diminuèrent, mais les nausées ainsi que la sensation de replétion dans le bas-ventre avaient augmenté. On fit prendre au malade une poudre composée de *lac sulphuric.* ʒ ij, *crem. tart.* ℥ s, et *pulv. jalappœ* ʒ iij, toutes les deux heures la valeur pouvant recouvrir la pointe d'un couteau, et dans l'intervalle une émulsion de : *Ol. amygd. dulc.* ℥ j. *gummi arab.* ʒ iij. *aq. cinnam* ℥ iv, *natr. sulphuric.* ℥ s. *aq. lauro cerasi* ʒ ij et *syr. emuls.* ℥ j. Il s'ensuivit encore des évacuations de matières noires et fétides et les vomissemens cessèrent. Pour prévenir l'épanchement de sang à l'estomac et pour faire évacuer le plus tôt possible celui qui était déjà extravasé, on prescrivit 12 heures après encore: *aq. lauro cerasi.* ℥ j. *tinct. colocynth.* ℥ D. S. 20 gouttes toutes les trois heures. On continua aussi à appliquer des cataplasmes froids et l'on ne fit absolument rien prendre de chaud au malade, lequel éprouvait d'ailleurs un grand dégoût pour toute espèce de mets. Enfin au bout de 24 heures les nausées disparurent et le malade avait repris entièrement connaissance. Pendant trois jours encore il sortit de l'anus, par intervalle, de matières bitumineuses. La tumeur avait presque totalement disparu. Le pouls fut régulier. Le malade gagna de l'appétit; seulement des douleurs spasmodiques revinrent encore mais rarement, douleurs qui s'étaient déjà manifestées antérieurement et avec beaucoup de violence.

Une suite naturelle de la grande perte de sang fut l'apparition d'un état leucophlegmatique accompagné d'œdème aux pieds, et qui menaçait de dégénérer en hydropisie. La toux augmenta en même temps et elle était accompagnée d'une forte expectoration. Considérant l'état de faiblesse qui en était la cause on ordonna pour boisson les eaux minérales d'Eger (Eger-Franzens-Brunnen) conjointement avec les toniques. Bientôt le malade ressentit les bons effets de ce traitement. Sa santé se rétablit au point qu'il ne souffre plus maintenant que des affections hémorrhoïdales dont il était accablé auparavant.

Salivation provoquée par l'usage de l'iode; par B. Mackal.

Une dame souffrant d'une affection de la rate avait pris pour une fièvre remittente, du mercure jusqu'à salivation.

Deux mois plus tard, l'auteur, ayant égard au gonflement continuel de la rate, administra l'iode pendant cinq jours consécutifs, trois fois par jour, à la dose de 8 gouttes chaque fois. Les cinq jours écoulés il se manifesta une violente salivation. L'auteur suspendit alors l'usage de l'iode pendant quinze jours; la salivation cessa, mais se manifesta de nouveau, quoique plus faiblement, dès que la malade avait pris le médicament pendant quelques jours.

L'auteur croit que l'iode fut ici la cause de la salivation en ce qu'il augmenta l'activité des vaisseaux lymphatiques, et qu'ainsi une grande quantité de mercure, qui était en stagnation dans l'économie fut résorbée. (*Gerson and Julius Magazin*).

Notice nécrologique sur le docteur Hufeland.

Cet illustre médecin, dont les écrits, les cours et l'activité pratique ont attiré l'attention de l'Europe pendant un demi-siècle, et dont la mort a produit, en Allemagne, une douloureuse sensation, mérite aussi, en dehors de son pays, les honneurs d'une nécrologie.

Chrétien-Guillaume Hufeland a vu le jour à Langensalza, le 12 août 1762. Son père était médecin du duc de Weimar; il commença lui-même par exercer la médecine à Weimar, en 1793; il devint professeur à Iéna, et médecin du duc; en 1801, médecin du roi de Prusse, directeur du collége médical, et premier médecin de l'hôpital de la Charité à Berlin.

Hufeland était éclectique. Après avoir publié une monographie des maladies scrofuleuses, ouvrage couronné, et dans lequel il proposait un moyen efficace, il contribua à perfectionner l'inoculation et le traitement de la petite-vérole. Il appela l'attention sur l'incertitude des signes de la mort, sur les inconvéniens des enterremens prématurés. Comme professeur, il attira un nombreux auditoire, et il offrit l'avantage rare, en Allemagne, d'un enseignement aussi agréable qu'instructif. Il fonda le *Journal de la médecine pratique*, et combattit en général la théorie de Brown, tout en adoptant ce qu'elle contenait d'utile. Ses ouvrages les plus renommés sont: le *Système de la médecine pratique*, commencé en 1800; la *Macrobiotique*, ou l'art de prolonger la vie humaine; en 1822, il publia avec des notes le livre de Darwin, sur l'éducation physique et morale du sexe féminin.

Né en 1762, Hufeland a atteint l'âge de soixante-quatorze ans.

BLASIUS KLINISCHE ZEITSCHRIFT.

De l'ophthalmie intermittente; par le docteur WITTKE, à Weissensee.

Parmi les différens cas de fièvre intermittente que j'ai eu souvent occasion d'observer et de traiter il se présenta aussi des inflammations d'yeux sous la forme intermittente.

Le plus souvent ces ophthalmies furent précédées de frissons et surtout d'angoisses aux régions précordiales, symptômes ordinaires de cette maladie, et qui ne manquent jamais de se présenter. Souvent aussi l'inflammation fut purement locale et ce fut alors le typhus intermittent qui en désigna l'état.

Cette ophthalmie apparut chaque fois avec les symptômes de l'ophthalmie rhumatique. Le malade se plaignait de fortes douleurs aux yeux et aux environs, et il était bientôt atteint d'une violente photophobie. La membrane conjonctive de l'œil ainsi que la membrane sclérotique devenaient rouges. Les douleurs les plus poignantes se manifestaient toujours dans le fond de l'orbite et s'étendaient à la région zigomatique, à la lèvre supérieure, au coronal, et assez souvent jusque dans l'oreille du côté souffrant.

Vers la fin de l'accès il se déclarait ordinairement un épiphora intense pendant lequel la narine du côté souffrant demeurait sèche. Quelquefois cependant cet épiphora apparut dès le commencement et on pouvait alors compter avec certitude sur une complication rhumatique et baser là dessus le traitement.

Ce qui caractérisa cette ophthalmie fut qu'elle n'affecta qu'un œil et que la douleur ne s'étendit pas au delà du côté souffrant de la figure. Mais ce qui était plus extraordinaire encore c'est que l'œil gauche seul fut attaqué de cette ophthalmie.

L'accès apparaissait ordinairement dans la matinée, accompagné de violentes douleurs et ne cessait qu'au bout de un ou deux quelquefois même sept heures. Sauf un léger abattement du corps, cet accès ne laissait point de trace de maladie et l'on ne remarquait pas dans l'intermission de symptômes d'une inflammation de l'œil souffrant; le typhus fut dans les cas que j'ai observés toujours un typhus quotidien.

Le traitement de ce mal était le même que celui de la fièvre intermittente; on l'enlevait dans la plupart des cas par 2 à 3 grains de quinine administrée 5 à 6 fois pendant l'apyrexie. Surtout la combinaison de la quinine et de la racine de belladone 1/2 à 1 grain était d'un très-bon effet. Dans la complication rhumatique les vésicatoires et l'extrait d'aconit joints à la quinine rendirent de grands services.

La quinine employée par la méthode endermique ne présenta aucun avantage. Une fois seulement la quinine en substance, administrée à fortes doses fit cesser les douleurs. Pendant l'accès un sinapisme appliqué sur la nuque calma pour quelques instans les douleurs: tous les autres remèdes, même l'opium administré à fortes doses, ne furent d'aucun effet. Des complications gastriques je n'en ai point remarqué, et je ne me suis non plus servi de vomitifs. L'usage de ce dernier remède, tant vanté dans la fièvre intermittente ne me parut pas toujours à propos, les symptômes gastriques n'ayant été souvent qu'illusoires et indiquant plutôt un état veineux de congestion vers les organes de la digestion.

Difformité congénitale du membre inférieur chez un enfant nouveau-né.

(De humana quadam inferiorum extremitatum monstrositate. Diss. in med. quam in univers. Halensi d. XXI. Mart. ann. MDCCCXXXVI. publ. def. auct. Henr. Theod. WIESING. Oebisfeldensis. Aeced. tabula).

Le cas suivant, puisé dans la pratique de l'éditeur de ce journal, et qui a donné lieu à cette dissertation n'est pas sans intérêt pour le chirurgien et pour le physiologiste.

Un enfant du sexe féminin, âgé de 17 mois, nommé Amélie Seh, natif d'un village près de Halle (Prusse), étant du reste bien constitué et jouissant d'une bonne santé a depuis sa naissance une difformité à l'extrémité inférieure du côté droit. La dite extrémité est, en comparaison de celle du côté gauche, flasque et un peu plus faiblement nourrie. Le haut de la cuisse est d'un demi-pouce trop court et la rotule un peu petite; le reste de l'extrémité jusqu'à sa partie inférieure est de forme normale. Les deux os de la jambe existent et sont d'une conformation régulière à un pouce et demi au-dessus de l'articulation du pied, mais en cet endroit le membre dévie, se trouve tourné en arrière, en formant un angle obtus; le tibia y forme un angle aigu; cet os y est fortement adhérent à la peau et on y aperçoit une cicatrice ovale de la largeur d'environ une ligne et de 3 à 4 lignes de longueur, de sorte que cette difformité fait présumer qu'il y a eu fracture de la jambe, et qu'elle aurait été guérie obliquement. Le péroné est tourné de la même manière que le tibia et autant qu'on a pu le vérifier par l'examen extérieur, il est lié d'une manière normale avec cet os et l'astragale. Au toucher on sent le calcaneum. Le mouvement de l'articulation du pied se fait sans gêne. Quant à tous les autres os du tarse on ne peut en assurer l'existence; à en juger d'après la longueur du pied, les os naviculaire et cuboïde existent probablement; il est possible que parmi les os

cunéiformes il en manque quelques-uns; dans tous les cas ils sont plus petits dans ce pied que dans l'autre. On ne trouve que deux os métatarsiens et il n'y a aussi que deux orteils, le grand et le petit. Quant aux autres, il n'en existe pas la moindre trace. Ces deux orteils sont d'une longueur et d'une grosseur extraordinaires. Le pied et la jambe où se trouve cette difformité sont minces et moins bien nourris que les autres. Le tendon d'Achille se trouve fortement tendu sous la peau. Les orteils sont un peu fléchis, la pointe du pied penche en avant et ne peut être levée convenablement. Le bord interne du pied est en quelque sorte trop haut, ce qui le fait ressembler à un pied-bot. Quant aux muscles, aux vaisseaux, etc., etc., on ne peut naturellement rien découvrir par l'examen extérieur.

A la supposition que cette difformité provient d'une fracture que l'enfant aurait eue pendant son séjour dans l'utérus, se joint le récit de la mère qui déclare qu'au quatrième mois de sa grossesse elle avait reçu un coup au côté droit du bas-ventre, et que depuis cette époque seulement elle avait éprouvé de violentes douleurs en cet endroit, douleurs qui n'avaient cessé qu'après son accouchement. La mère ainsi que le père de cet enfant étaient bien portants et d'une bonne constitution, de même que leurs trois autres enfans, et ils ne se souviennent point qu'aucun membre de leur famille soit né avec une difformité.

La cicatrice à l'endroit de la courbure de la jambe a été, d'après le dire des parens, beaucoup plus grande immédiatement après la naissance de l'enfant qu'elle l'est actuellement.

Dans ce cas la question qui intéressait est celle-ci :

Si la difformité de la jambe provenait réellement de la fracture produite par le coup reçu sur l'abdomen, et que par suite de cet accident le développement de la partie inférieure du membre aurait été arrêté, qu'il n'y aurait eu que deux doigts de pieds qui se seraient développés entièrement, pendant que les trois autres dépérissaient et même disparaissaient sans laisser de trace.

L'auteur de la dissertation s'est principalement occupé dans son travail de cette question, et il se prononce négativement à cet égard, bien que la possibilité qu'un fœtus dans l'utérus puisse être exposé à des fractures, occasionnées par violence à l'extérieur du corps de la mère, ait été mise hors de doute d'après les observations faites à ce sujet; possibilité qui devient moins probable si le fœtus est jeune et que seulement pendant les premiers temps de son existence un obstacle au développement des parties dont il s'agit est présumable pour qu'il puisse faire naître l'idée du manque total de ces parties.

PREUSSISCHE

MEDICINISCHE ZEITUNG.

PROSOPALGIE.

I. *Traitement par les douches chaudes ;* par le docteur FRIESE à Goldapp.

Une femme de 28 ans, qui avait souffert auparavant d'une affection rhumatismale, contracta dans le septième mois de sa grossesse une névralgie faciale qui la désespérait et l'étourdissait; elle se reproduisait le matin, dans l'après dînée et la nuit, toujours accompagnée de fièvre et d'état de congestion et s'étendait ensuite du nerf intra-orbitaire au nerf frontal. Tous les moyens employés n'amenèrent aucune amélioration; la morphine et les vésicatoires dont l'usage avait si bien servi M. Friese, ne réussirent pas cette fois. Il eut alors recours aux douches préconisées par Mombert et au bout de quelques jours l'affection s'était dissipée.

II. *Traitement par la vératrine ;* par le docteur SEYFERT, à Tilsitt.

Ce médecin s'est très-bien trouvé de ce remède vanté par Von Vogel, et cela dans un cas de prosopalgie qui durait depuis plusieurs années et pour lequel le malade avait pris les eaux, employé les bains de vapeur, les bains de mer. L'affection fut guérie d'abord, mais reparut ensuite.

III. *Traitement par les narcotiques ;* du docteur LOCKE, à Luckenwalde.

Un hémorrhoïdaire de 40 ans qui avait été en proie, cinq années auparavant, à une névralgie faciale, contracta de nouveau cette affection au plus haut degré, en 1834. Il en fut guéri en six jours, par la belladone, la digitale et l'acétate de morphine administrées jusqu'à production du narcotisme. (N° 12, *Jahrgang*, 1836.)

Expériences sur la créosote.

Le docteur Rehfeld a pu se convaincre à plusieurs reprises que les propriétés accordées à la créosote étaient exagérées ; dans la phthisie pulmonaire il n'a pas rendu plus de services que tous les autres moyens vantés pour la combattre. Il ne s'est même pas montré quelque peu spécifique dans la phthisie tuberculeuse. Il l'a administré sans réussite dans les cas de diabètès et s'en est bien trouvé dans le traitement des condylômes. En dernier lieu il a remplacé avantageusement le deutochlorure de mercure dont il n'offre pas les désavantages.

Le docteur Karsten, à Perle, ne lui a pas reconnu le propriétés que lui accorde Von Reich contre le rhumatisme et la goutte. Il l'a administré à plusieurs malades, une fois à la dose de trois gros pour une affection rhumatismale de la main, mais toujours inutilement.

Le docteur Haupt, de même que le docteur Trenman ont trouvé qu'il était plutôt nuisible qu'utile dans la phthisie. (N° 14, *Jahrgang*, 1836.)

Paraguay-Roux contre les maux de dents ; par le docteur WIESSNER, à Heydekrug.

Le *Paraguay-Roux*, si renommé contre l'odontalgie. agit comme remède palliatif, surtout lorsque le mal est de nature névralgique, et comme sédatif au plus haut degré s'il est de nature rhumatismale.

Pour ce qui est de son application, ce médicament est mis en contact avec la dent au moyen d'amadou ou d'ouate. (*Ibidem*, n° 16.)

Observations sur les effets du seigle ergoté.

Plusieurs faits ont démontré au docteur Hoffmann, de Suhl, que ce médicament amenait de bons résultats dans les affections qui naissent à la suite de l'enfantement. Il l'administre joint à la cannelle, à la dose de 5 grains toutes les deux heures. Pendant les hémorrhagies les douleurs augmentent d'abord, mais cessent bientôt.

Le docteur Sauer le prône contre les métrorrhagies et les leucorrhées.

(*Jahrgang*, 1836, n. 18.)

Observation. Des expériences ont été tentées récemment, et dans aucun cas les écoulemens sanguins n'ont résisté à l'ergot. L'action est évidente, mais est-elle infaillible? Cette question nous l'adresserons aussi à Hoffmann, à Sauer ; partout de nombreuses variations ont eu lieu tant dans la rapidité que dans la succession et même dans l'existence des effets produits par les doses de ce médicament. On s'est convaincu que les hémorrhagies cessent moins vite après un avortement, et chez les femmes qui ont eu plusieurs enfans, chez

lesquelles par conséquent le tissu de la matrice conserve quelque chose de musculaire. Cela n'est pourtant point la conséquence à laquelle on devait s'attendre en considérant le mode d'action de l'ergot et en se rappelant l'opinion de Prescott (*Dissertation on the naturel history and medical effects of secale cornutum*), qui ne reconnaît d'action à cet agent thérapeutique que lorsque les fibres de cet organe sont dilatées, que l'utérus est imprégné (*impregnated*) et que l'hémorrhagie ne dépend pas d'une action artérielle augmentée. Villeneuve (*Mém. sur l'emploi du seigle ergoté*) avait dit que ce médicament n'agissait sur l'utérus que lorsque cet organe est au moment d'expulser le fœtus. L'opinion de Prescott, celle de Villeneuve devaient donc porter à croire que les effets thérapeutiques seraient d'autant plus sensibles que l'état de l'utérus serait plus rapproché de l'état de gestation. L'expérience, comme nous venons de le dire, a démenti cette prévision.

L'expérience de Hoffmann cadre avec celle de Mandeville, Balardini, Goupil, etc. Des médecins ont prétendu avoir obtenu de bons résultats de l'ergot administré dans les métrorrhagies non-puerpérales; mais ses effets ne sont bien constans que dans les métrorrhagies puerpérales, qui sont dues à l'inertie de l'utérus, qui laisse béans dans la cavité de la matrice les sinus utérins.

Les observations de Sauer viennent confirmer celles de Bazzoni (*Annali universali di medicina, da Omodei, febrajo* 1831). Mais, ainsi que le font observer MM. Trousseau et Pidoux, (*Thér. méd.*), la leucorrhée tient à tant de causes diverses, elle est si souvent sous la dépendance d'une excoriation du museau de tanche ou de toute autre phlegmasie soit du col, soit du vagin, qu'il est impossible qu'on puisse guérir de la même manière et ces lésions externes et les congestions utérines qui sont la cause des flueurs blanches.

(*Note du traducteur.*)

DE LA THÉRAPEUTIQUE DE LA GALE.

Recherches du docteur Leue *sur le mode de traitement employé contre la gale par les Anglais.*

Ce n'est pas la manie d'innover, mais bien un désir très-louable de faire faire des progrès et d'enrichir notre science, qui porte à soumettre à un nouvel examen des méthodes de traitement et des vérités depuis longtemps établies et qui semblaient satisfaire pleinement. Le génie de l'homme ne désespère point de faire de nouvelles découvertes. Quand bien même les mêmes essais manqueraient en partie le but qu'ils s'étaient proposés d'atteindre, il en résultera parfois un complément à ce qui est déjà connu et passé en axiôme.

Parmi les méthodes de traitement qui paraissent sous certains rapports, devoir de nouveau fixer l'attention, il faut ranger celles abandonnées depuis longtemps et qui néanmoins jouissaient autrefois d'une certaine réputation justifiée par l'expérience; car il est hors de doute que les maladies changent de caractère (et même les maladies chroniques); il est donc fort possible qu'après avoir disparu depuis longtemps, elles se rapprochent de nouveau de la physionomie qu'elles offraient autrefois. Par exemple, je rappelerai ici parmi les différentes manières de guérir la syphilis, la réintroduction bienfaisante du traitement par les frictions, et par la diète (entziehungskur), la décoction de Zittmann, etc., etc.

Les communications faites par le docteur Horn sur le traitement de la gale (compte rendu de 12 années de service en qualité de médecin en second à l'hôpital des Pauvres à Berlin, 1818), paraissaient n'être nullement en faveur de la méthode anglaise, puisque sur 100 individus atteints de la gale et traités d'après cette méthode, il fallut 2869 jours pour obtenir la guérison; donc terme moyen, 28 jours par malade; le plus long terme de traitement fut de trois mois et demi, le plus court de sept jours. D'après la méthode du docteur Horn, on traita à la même époque, 100 autres individus par des frictions avec du savon noir et de la fleur de soufre. Il ne fallut à ceux-ci que 1991 jours jusqu'à guérison. En conséquence, chaque individu avait été malade 19 jours, terme moyen. La plus longue durée de la maladie avait donc été de 2 mois et 20 jours, la plus courte de 2 jours.

Un rapport du docteur Leue, de Gardelegen fixa fortement l'attention; il y mentionnait que depuis quelque temps, et aussi souvent que possible il avait appliqué la méthode anglaise avec succès et que, même dans des cas où les prescriptions n'avaient été suivies qu'avec peu d'exactitude, la cure n'avait demandé à proprement parler que deux jours, et cinq jours y compris le temps où le malade doit se garantir de l'air. — Invité à s'expliquer plus amplement à l'égard de l'application de cette méthode ainsi que sur les observations recueillies, il rapporta ce qui suit:

« Il n'y a que deux ans que la méthode dite *anglaise*, de traiter la gale a fixé mon attention. Au premier essai que j'en fis je fus excessivement surpris du bon résultat qui en fut la suite; mais considérant cette méthode comme trop connue je n'en fis pas mention, car ainsi que je l'ai appris, elle a été employée déjà a l'époque des guerres de 1813 à 1815. »

« D'après ce que j'avais lu dans un journal sur le traitement des galeux dans quelques hôpitaux, je fus surpris de ce que cette méthode était loin d'être aussi généralement appréciée et appliquée qu'elle paraît le mériter, ce qui me détermina à en faire mention dans mon rapport. »

« J'avoue franchement que les expériences que j'ai eu occasion de faire par cette méthode ne peuvent nullement suffire pour décider de son mérite; cependant elles me paraissent assez suffisantes pour engager à en faire des essais en grand, c'est-à-dire dans les hôpitaux. La gale ne se présente que rarement ici, et le public, en la traitant intérieurement avec du soufre pulvérisé et extérieurement avec l'onguent de Jasser, s'est telle-

ment familiarisé avec elle qu'il ne consulte que rarement le médecin. En conséquence, le nombre d'individus galeux que j'ai traités depuis deux ans se réduit peut-être à 16 ou 18, dont la moitié seulement a été traitée d'après la méthode susdite, ayant choisi avec soin, surtout au commencement, des malades qui me parurent propres à être traités d'après ce mode. Je ne choisissais que des hommes robustes et qui pouvaient supporter une transpiration prolongée pendant 30 à 36 heures. Ensuite, je n'expérimentais encore que sur ceux dont je pouvais attendre une scrupuleuse exécution de mes ordonnances. Je ne puis citer que 8 individus auxquels j'appliquai cette méthode et sur lesquels je me suis assuré de l'excellent résultat de ce traitement. 3 seulement habitaient mon endroit et ont pû être observés par moi pendant le traitement. Le premier était lymphatique et phlegmatique; il avait le *scabies lymphatica*, tous les autres avaient le *scabies papuliformis*. Ils étaient tous du sexe masculin, de 15 à 30 ans.

»La gale n'était invétérée chez aucun des trois, bien que cependant elle leur couvrit presque entièrement le corps. Là, où l'éruption n'était pas générale, je préférais de me servir de la méthode ordinaire; outre cela, je l'employais encore chez quelques individus étrangers et qui ne se sont plus présentés chez moi, ce qui fait présumer une guérison complète. J'en fis également usage chez une femme robuste, mais irritable, d'un tempérament sanguin et chez laquelle il se déclara pendant la transpiration qui dura six heures, de violens maux de tête, ce qui me força d'abandonner la méthode dite anglaise.

»Les frictions, sans la transpiration continue, n'avaient pas été suffisantes chez elle; en conséquence, j'ai achevé de la guérir par les moyens ordinaires, ce qui prouve en même temps qu'une transpiration continue est urgente pour le succès de cette cure.

» Ma manière de traiter d'après cette méthode ne diffère que très-peu de la prescription anglaise. Avec la quantité entière de l'onguent composée de

R. Flor. sulphur.	℥j.
Pulver. radic. Hellebor. alb.	ʒ j.
Nitr. depurat.	℈ß.
Sapon. moll.,	
Adip. suill. ana.	℥j — ℥jß.

on frictionne tout le corps du malade et principalement aux articulations; immédiatement après, le malade doit se mettre au lit enveloppé nu, dans une couverture de laine. Chez des individus robustes, la transpiration générale qui en est la suite, doit durer environ 30 heures; chez des sujets plus faibles ainsi que chez les enfans et dans les cas où la gale n'est point invétérée, 12 à 24 heures de transpiration suffisent. Au bout de ce temps on lave le malade avec du savon noir, il doit changer d'habillemens et se trouve entièrement guéri. Pendant quelques jours seulement il doit encore se préserver de refroidissemens. Je n'ai point mesuré la température de la chambre du malade au moyen du thermomètre, je prescrivais seulement une chaleur supportable, environ 16° R.; à Wéteritz, où je traitais au mois d'avril 3 valets de ferme, d'après cette méthode, leur guérison s'est opérée dans des lits placés dans une écurie qui pouvait aussi avoir le même degré de chaleur.

» Je permettais toujours de se servir de couvertures des chevaux, la poussière des chevaux pourrait bien encore accélérer la transpiration. Ces trois derniers malades s'étaient assez bien conformés pendant le traitement, à mes prescriptions, et ils reprirent leur besogne habituelle à la campagne le jour qui suivit leur guérison, sans que cela leur occasionnât le moindre mal. La diète pendant la transpiration était celle-ci : de l'eau pour boisson, de la bouillie d'avoine, de la soupe de bière et du pain et du beurre pour alimens; après le lavage je ne restreignais plus la diète.

» Les symptômes qui se présentèrent pendant le traitement ne différèrent en rien chez les malades qui savaient le supporter, de ceux qui se déclarent pendant les transpirations prolongées : la peau molle, le pouls assez accéléré et mou, mais plein, la tête un peu lourde, le sommeil assez bon; un seul cas excepté où la cure ne put être amenée, il ne se présenta point de symptômes extraordinaires.

» Le premier signe de guérison à la fin du traitement est la disparition de la démangeaison. Chez la plupart cette disparition était complète; seulement deux en étaient encore incommodés et cela à des endroits où l'éruption avait été fort considérable; néanmoins les pustules y avaient perdu entièrement leur caractère psorique et il ne s'en était point formé d'autres entre eux. Les pustules se trouvèrent rétrécies et les vésicules pour ainsi dire desséchées. Au bout de quelques jours ces dernières disparurent totalement. D'après un examen fait ultérieurement la superficie de la peau fut trouvée entièrement guérie. Je n'ai point remarqué jusqu'à présent des rechutes qui se présentent assez souvent dans d'autres traitemens, de même que d'autres accidens fâcheux.

» Le mérite de ce mode de traitement doit le faire préférer à tous les autres, en ce qu'il est le plus court et par conséquent moins fatigant et je crois aussi plus sûr. J'ai de même la persuasion, par suite des observations faites pendant le traitement, que cette méthode ne doit pas être considérée comme exclusivement externe (c'est-à-dire ne portant que localement sur la peau), telles que l'onction et le traitement par la diète dans la syphilis, ce qui est prouvé par l'abondante transpiration qui se déclare et par l'inefficacité du remède quand il n'a pas été appliqué convenablement. Cette méthode a été vantée aussi dans d'autres maladies chroniques de la peau et dans la goutte; je crois aussi qu'il est probable qu'elle est d'un heureux effet dans des cas où il s'agit d'établir une forte transpiration.

» Une fois seulement je l'ai essayée pour une goutte générale et invétérée et qui avait perdu en grande partie de son intensité par l'application de l'huile de poisson; cependant je n'ai pu la continuer à cause de vio-

lens maux de tête et de douleurs aux membres qui se manifestèrent pendant la transpiration.

» Une seule fois je me suis servi avec succès de l'onguent mentionné plus haut, sans cependant établir la transpiration, dans un *porrigo furfurans*, par suite duquel une grande partie de la tête était devenue chauve et qui avait résisté avec opiniâtreté aux remèdes locaux et ordinaires appliqués antérieurement. Tous les matins on lavait toute la tête avec de l'eau de savon tiède et ensuite, après l'avoir soigneusement séchée, on y appliquait l'onguent sur tous les endroits attaqués. Le malade devait avoir continuellement la tête couverte d'un bonnet doublé d'une vessie de cochon. Au bout de huit jours de ce traitement le malade était guéri. »

ANDREÆ. (N° 39, 1836).

Résultats de la méthode de traitement de la gale; du docteur WILHELM.

La méthode du docteur Wilhelm, de Munich, connue depuis longtemps et qui se trouve décrite dans sa *Chirurgie clinique*, tome 1er, promet de résultats si heureux pour la guérison de la gale, est d'une application si facile, si propre, demande si peu de temps et de frais que le médecin chargé de la direction des hôpitaux aurait tort de ne pas en faire usage ou tout au moins de l'essayer, d'autant plus que l'inventeur même (si on peut se servir de cette expression) communique des résultats extrêmement favorables à cette méthode.

Sans entrer dans des détails à l'égard de la nature de la gale dont les symptômes ont été déjà exposés par le docteur Wilhelm je mentionne seulement ici : que cette méthode se borne d'un côté à l'application d'une lessive de *kali* jusqu'à ce que les pustules soient entièrement développées, et d'un autre côté à une friction avec un liniment savonneux jusqu'à guérison totale, en prescrivant des bains de propreté, avant et pendant le traitement, et en administrant des remèdes purgatifs après les bains. Le malade doit observer la diète en ayant soin de se tenir chaudement.

La lessive se compose de :

R. Kali caustici. unc. unam.
Solv. in. aq. destill. libr. unam.

On se servira d'une dose ainsi préparée, huit fois par jour, en continuant jusqu'à éruption complète : on reconnaît que cette dernière est complète, lorsqu'il ne se forme plus de *nouvelles pustules* et lorsque, au lieu de *prurit* et *démangeaison*, il naît une forte *chaleur* à la peau; elle naît habituellement au bout de 2 à 3 jours. On frictionnera ensuite avec l'onguent suivant :

R. *Saponis domest.* ℥iβ
Aquæ fervidæ q. s. ut fiat *unguentum molle*.

Une moitié le matin et l'autre le soir (1) et on administrera des remèdes laxatifs. Au bout de huit jours la guérison doit être complète.

Pour l'application de cette méthode de traitement, nous avions choisi 38 galeux dans notre hôpital, c'est-à-dire tous ceux qui se trouvaient alors à l'hôpital dit *Allerheiligen-Hospital*, et dont la plupart provenaient de la maison des pauvres et des orphelins; le reste se composait d'ouvriers et de deux femmes du peuple.

Les résultats furent les suivans :

10 guéris endéans 10 jours, 5 en plus que 10 jours. Total	15
10 guéris endéans 5 jours (mais ayant eu plus tard des rechutes), 5 en plus que 10 jours. Total	10
13 non guéris malgré un traitement continu. Total	13
	38

Les lotions employées jusqu'au résultat ci-après :

1° Chez les 15 entièrement guéris, 5 jours chez 10 d'entre eux et plus longtemps chez les 5 autres.

2° Chez les 10 ayant eu des rechutes : pendant 5 jours chez 2 d'entre eux et chez les 8 autres un temps indéterminé.

On fit usage du liniment jusqu'à guérison complète :

1° Chez les 15 guéris : 5 jours de suite chez 5 d'entre eux, chez les 10 autres plus longtemps.

2° Chez les 10 atteints de rechutes : pendant 5 jours, chez 4 d'entre eux, chez les 6 autres, plus longtemps.

Quant aux 13 galeux non guéris par cette méthode, en voici le résultat : Ou la lessive de kali avait été sans aucun effet sur l'éruption qui ne changea en rien pendant huit jours et plus, bien qu'une sensation brûlante se fit sentir à la superficie de la peau, ou l'éruption se forma entièrement; le malade, éprouva une chaleur générale à la peau et on dut recourir aux linimens, mais alors la gale se dessécha ou bien elle revint pendant que l'on appliquait les linimens. Enfin la gale se dessécha, les malades parurent guéris, mais peu de temps après elle se déclara de nouveau et recouvrit tout le corps.

Ces 13 individus ont été soumis à notre traitement ordinaire au moyen duquel ils guérirent bientôt.

Le temps nécessaire à la guérison de ces malades fut de 10 à 15 jours. Malheureusement ce terme de guérison est moins favorable que celui assigné par le docteur Wilhelm et il n'y avait non plus que 15 guéris sur 38, et 10 qui le paraissaient entièrement ont eu des rechutes; il restait donc un peu plus qu'un tiers d'in-

---

(1) Préparation de la lessive caustique, d'après l'auteur : *Cinerum clavellatarum* libr. iij, calcis pur. libr. ij, m. f. c. s. q. *aquæ fontanæ* l. a. *lixivii caustici ponderis specificii* 1,006-7, lib. CLIII, serv. vitr. bene clauso. On doit faire l'épreuve du contenu de kali dans la potasse et six onces de potasse dissoutes dans une livre d'eau doivent donner la pesanteur spécifique de 1,266. On versera deux parties d'eau froide pendant 24 heures de suite sur cette potasse, avant d'en faire usage.

dividus qui fut tout à fait rétabli et qui se composant en plus grande partie d'ouvriers et de pauvres, a été enlevé plus tard à nos observations.

Ceux qui avaient eu des rechutes, appartenaient presque tous à des établissemens publics, ou bien c'étaient des personnes que nous avions occasion d'observer pendant plus longtemps, ou qui l'étaient par d'autres. Il est donc fort possible et même probable que parmi ces premiers il se soit aussi présenté quelques rechutes.

Quant aux symptômes qui se montrèrent pendant le traitement, il y avait parmi les malades quelques individus affectés de *scabies humida;* aucun de ceux là ne fut guéri. D'autres, et même la plus grande partie étaient atteints de *scabies sicca*, d'un degré plus ou moins élevé; d'autres encore n'avaient eu que de faibles attaques de gale. Ces derniers surtout guérirent bientôt, mais eurent des rechutes. Après avoir appliqué la lessive, il se manifesta naturellement et presque chez tous, une éruption à la peau caractérisée par la rougeur, et peu à peu seulement il se déclara un prurit général qui fut remplacé plus tard par la *démangeaison*. Chez des sujets robustes et non-irritables on ne put déterminer d'une manière précise la sensation qu'ils éprouvèrent; l'homme du peuple n'a pas de mots pour exprimer clairement quelles sortes de sensations il éprouve et il ne sait pas faire la distinction entre prurit, démangeaison, cuisson, etc., etc. Cependant on remarqua plusieurs fois des *efflorescences* très-visibles avec rougeur de la peau. Je ne puis, avec des résultats si peu satisfaisans, décider si ces efflorescences étaient la suite d'un processus pathologique déterminé ou purement la suite de l'application de la lessive caustique.

Nous sommes donc revenus de nouveau à notre ancienne méthode de faire usage du soufre (et lorsque les cas l'exigent intérieurement quelques doses de fleur de soufre), de nous servir du savon noir et des linimens de soufre et de savon noir, et de faire prendre beaucoup de bains. Nous sommes persuadés de l'efficacité de cette méthode depuis plus de 25 ans et nous guérissons tous les galeux en 10 à 12 jours de temps, terme moyen, et dans la plupart des cas, radicalement.

Ebert. (No 39, 1836).

Unguentum Helenii contre la gale.

Parmi différens remèdes nouvellement proposés pour guérir cette maladie dégoûtante, et si difficile à extirper entièrement lorsqu'elle a pris racine, les médecins perdent facilement de vue un ancien remède efficace. A savoir: l'Unguentum Helenii recommandé par le docteur Gossow, médecin de l'arrondissement d'Osterode, surtout d'un effet salutaire chez les enfans atteints de la gale.

Klose (Extrait d'un rapport officiel fait à la municipalité de Kœnigsberg). (No 40, 1836).

THE LANCET.

Anévrysme de l'artère temporale à la suite de l'application de ventouses.

Sarah Wilkinson, âgée de 38 ans, servante, s'est présentée plusieurs fois à la consultation de M. Carswell, pour être traitée d'un rhumatisme. Des ventouses lui ont été appliquées sur la tempe gauche depuis un mois; l'artère temporale ayant été divisée par le scarificateur, il s'est formé en peu de jours une petite croûte à l'endroit de l'incision, qui est devenue petit à petit proéminente. Plus tard elle augmenta tout à coup, et prit la forme d'une petite tumeur pulsative à la vue et au toucher. Sa présence n'occasionnait aucune douleur, mais elle était sensible à la pression. M. Carswell fit voir la malade à M. Cooper; la nature de la tumeur n'a point été douteuse : on sentait un gros vaisseau postérieurement dont la compression faisait cesser les pulsations.

Une incision ayant mis le vaisseau à découvert, on l'a lié à l'aide d'un fil passé avec une aiguille; mais après cette ligature, les battemens de la tumeur persistaient. On a alors pratiqué une incision de manière à diviser transversalement tous les vaisseaux, qu'on a liés ensuite successivement. Pansement à l'aide d'une compresse et d'une bande. Pas d'hémorrhagie. Bon état de la plaie. Guérison radicale.

Considérations sur une affection spasmodique particulière des muscles du cou; par M. Hutchinson.

L'auteur de cet article décrit une affection spasmodique du muscle trapèze ou du sterno-cléido-mastoïdien, qui est, selon lui, très-fréquente à Londres et qu'il fait dépendre d'une irritation du nerf accessoire de la huitième paire. La source de cette irritation est à la base du crâne, ou bien vers la portion supérieure de la moelle épinière, ou bien enfin dans un organe éloigné, comme l'estomac, par exemple.

Les symptômes principaux de cette affection sont les suivans : spasme plus ou moins constant d'un ou des deux muscles trapèzes, d'un ou des deux muscles sterno-cléido-mastoïdiens. Le paroxisme est accompagné de douleur vive, au point que le malade en appréhende tellement le retour, qu'il n'ose pas bouger et soutient l'occiput avec ses deux mains; le sommeil est calme lorsqu'il persiste, mais une fois interrompu, les spasmes reparaissent. Pendant le jour, les accès n'offrent que de petites intermissions, les muscles affectés restant dans un état de rigidité et de contraction continuelle. La tête est tirée directement ou bien latéralement en arrière. L'expression de la figure indique la souffrance profonde; le pouls est à peine altéré; la santé générale, le sommeil et l'appétit sont bons ordinairement.

Parmi les trois cas de ce genre que M. Hutchinson rapporte dans cet article, deux sont relatifs à des hommes de fibre molle et de constitution faible, exerçant le métier de fabricans de bas. Chez deux, le mal pourrait bien se rallier à la paresse des voies digestives, par suite de leur vie sédentaire. Chez l'autre, au contraire, c'était un laboureur, dont la constitution et la santé habituelle étaient fortes et rudes. Jusqu'à présent l'affection n'a été observée que sur des hommes. Voici la substance des trois faits relatés dans ce travail.

Dans le premier, il s'agit d'un homme de 60 ans, pâle, maladif, ouvrier en bas, souffrant habituellement des voies digestives. Il se plaint de douleurs atroces dans la tête, de trouble de la vision et d'une névralgie qui s'étend le long des nerfs cutanés superficiels du cou. Emploi des purgatifs répétés.

Plus tard il est atteint de douleurs dans le cou, s'irradiant dans les épaules et provoquant la contraction des deux muscles trapèzes. Les bords de ces muscles sont relevés et se dessinent parfaitement. Les autres symptômes sont comme ci-dessus.

R : Ferri subcarb. 2 gros ter die.
Pill. coloc. co. gr. o. X. V. m.

Raser la tête et y faire des applications froides. On continue ce traitement pendant plusieurs jours. Diarrhée; augmentation du mal. On suspend le sous-carbonate. Frictions à la peau et aux épaules avec trois gouttes d'huile de croton tiglium. Eruption; augmentation de tous les symptômes. Huit sangsues aux narines, pas d'amélioration. On revient aux préparations de fer et aux frictions d'huile de croton. Amélioration progressive; guérison; récidive chaque fois que les voies digestives sont malades. Purgations souvent répétées.

Dans le second cas il est question d'un homme de 30 ans, de constitution athlétique, souffrant cruellement depuis six mois des attaques cervicales dont il s'agit. C'est le trapèze gauche qui se contracte chez lui comme une corde; le menton est porté du côté opposé; le cou est fort raide; le sterno-cléido-mastoïdien du même côté paraît y contribuer aussi. Les douleurs qu'il accuse sont atroces; le ventre est constipé.

Prescription : du sous-carbonate et de la coloquinte *ut suprà;* plus, électricité dans le muscle trapèze. Aucun effet. On augmente la dose du sous-carbonate jusqu'à une demi-once trois fois par jour. Six aiguilles à acupuncture dans le trapèze. Amélioration. Répétition

de ces mêmes remèdes. Diaphorétiques. Mieux. Enfin on prescrit la formule suivante.

R : Ferri subcarb. once ss. ter in die.
Tinct. valer. Ammon, 1 gros.
Mist. camphorat, 1 once.
Ætheris, gros ss.
Applicetur reg. cervic. unguent. veratriæ, gros ss. ter in die.

Amélioration ; récidives répétées.

L'éruption artificielle, les ventouses, ni les purgatifs répétés, n'empêchent point le retour des accès. On remplace tous ces moyens par la liqueur arséniale et la teinture d'opium, à la dose de cinq gouttes trois fois par jour. La suite de ce traitement se compose des moyens suivans qui sont successivement mis en usage : Electricité, ventouses, saignées locales, moxas, purgatifs, acide hydrocyanique, bains chauds et froids. N'obtenant aucun succès, on administre le sulfate de quinine à haute dose et le malade guérit. Les accès ne reparurent plus, mais l'homme resta avec la tête et le menton légèrement déviés.

M. Hutchinson termine cette observation par cette remarque : « Les paroxysmes spasmodiques de ce cas » ressemblaient plutôt à ceux de l'hydrophobie (bien » qu'ils n'étaient pas aussi généraux que dans cette » dernière), qu'à ceux qu'on observe dans toute autre » affection nerveuse. »

Le troisième fait a beaucoup de ressemblance avec le précédent. Il a été traité également par les applications froides et les révulsifs localement; les préparations de fer et les purgatifs intérieurement. Le mal a fini par céder à l'action de cette médication.

LONDON MEDICAL GAZETTE.

Clinique de M. Litchfield *sur les maladies de la peau.*

La position de M. Litchfield, en sa qualité de médecin à l'infirmerie des maladies de la peau, l'a mis à même de bien observer et d'étudier les affections du système dermique. Qnelques faits qu'il rapporte nous ayant paru offrir de l'intérêt sous le rapport de la pratique, nous avons cru devoir les reproduire.

On a remarqué avec raison, dit M. Litchfield, qu'aucune autre classe de maladie ne se trouve entourée de plus d'obscurité que celle des affections dermiques; cela paraît d'autant plus extraordinaire que les caractères de ces lésions sont des plus évidens, et que leur occurence est des plus fréquentes. L'espèce de chaos qui a régné à cet égard pourrait peut-être dépendre de la trop grande fréquence même de ces maladies, et de la négligence qu'on a mise dans leur diagnostic; comme dans plusieurs autres branches des sciences naturelles, la multiplicité des faits a dû contribuer ici à en embarrasser l'étude.

On a souvent groupé des affections essentiellement différentes dans une même catégorie et on les a soumises à un même traitement; dans d'autres cas au contraire, on a décrit comme des maladies diverses les différentes périodes d'une même affection. Ces considérations peuvent s'appliquer surtout à la véritable lèpre des anciens, confondue par plusieurs auteurs avec une affection tuberculeuse du derme, ou plutôt du tissu cellulaire sous-dermique, que les Grecs appelaient éléphantiasis. M. Alibert a aussi placé à tort, selon M. Litchfield, l'éléphantiasis au nombre des affections lépreuses. On a également confondu la *lepra* avec quelques eczema, *psoriasis* ou lichen.

Lepra de anciens; bain d'Arrow-Root; liqueur arsénicale intérieurement; préparation d'iode extérieurement; guérison.

James Brackley, âgé de 30 ans, étant en pleine transpiration, il y a maintenant cinq ans, a bu abondamment de l'eau froide. Peu de temps après il aperçoit sur sa poitrine un certain nombre de petites élévations cutanées rondes, rougeâtres et luisantes; lisses d'abord, elles deviennent rugeuses ensuite, et se couvrent à leur sommet d'écailles blanches et minces. Ces écailles se dilatent rapidement tout en conservant leur forme ronde ou ovale. L'éruption est environnée d'une bordure sèche, rouge et légèrement élevée. Les écailles de transparentes et minces qu'elles étaient comme celles de la carpe, deviennent graduellement laminées et denses de manière à former des croûtes épaisses et proéminantes. Si on enlève ces écailles, la peau sous-jacente paraît rouge et brillante. Si on détache forcément la première écaille, on remarque une petite tache de sang sur la dépression de la surface sous-jacente, et même sur l'élévation dermique qui lui répond.

Lorsque je le vis pour la première fois, ce malade se plaignit vivement de prurit et de douleur dans le siége de l'éruption. Il y avait beaucoup d'inflammation dans les environs des croûtes. Ce malaise accompagne presque toujours la séparation des premières écailles; M. Plumbe l'attribue à l'élévation de l'écaille produite par la tuméfaction du bord enflammé, et à l'accroissement récent de la même écaille dont le centre se détache forcément de la peau.

Prescription.— Pour calmer cette irritation, j'ai ordonné un bain mucilagineux fait avec une demi livre d'arrow-root dans le bain ordinaire tiède. L'irritation s'est promptement apaisée, la douleur et la tension se sont dissipées. Ensuite le malade a pris, avec un très-grand avantage, des petites doses de liqueur arsénicales, trois fois par jour dans une infusion de dulcamara. Extérieurement, une préparation d'iodine d'après la formule de M. Leithead, dont voici la composition: Faites dissoudre de l'iodine dans de l'éther sulfurique; versez un peu de cette solution dans un vase séparé, et ajoutez de la liqueur de potasse jusqu'à ce que la couleur de l'iodine soit entièrement disparue; vous aurez alors un précipité qui forme la substance en question. Cette préparation paraît être composée de carbonate de potasse, d'iodine de potassium, et d'un peu d'iodine de carbone. Le docteur Neomson, médecin à Londres, prépare d'une autre manière l'iodine de carbone: il prend de la teinture concentrée d'iodine, ajoute de la potasse caustique, jusqu'à ce que la couleur brune de l'iodine ait disparu; il verse ensuite de l'eau dans la solution claire, et il obtient un précipité d'une belle couleur jaune qui est l'idione de carbone.

Je conserve les notes de sept cas dans lesquels j'ai employé cette dernière préparation. Dans cinq, il s'agissait d'engorgemens glandulaires très-considérables et les malades sont parfaitement guéris. Les deux autres étaient des *lepra* comme chez le malade dont il s'agit, et la guérison a eu également lieu. Chez le sujet en question, j'ai ordonné des frictions avec le médicament sous forme d'onguent.

Prenez: De la poudre ci-dessus, demi-gros.
Du cérat simple, six gros. F. pom.

Tout nous fait présumer que ce malade guérira comme les deux précédens.

L'auteur termine cette observasion par des considérations générales tendant à prouver que la *lepra* des anciens n'est pas une maladie contagieuse ni héréditaire.

Impetigo sparsa; mercuriaux; purgatifs; lotions émollientes et sédatives; guérison.

Anne Gashman, âgée de 42 ans, est atteinte d'*impetigo sparsa* depuis dix mois. La forme de l'éruption entremêlée à des vésicules, pourrait la faire prendre pour une *scabies* par quelque observateur inexpérimenté. L'étendue, cependant, et la marche lente de l'éruption, la chaleur et la torpeur qui l'accompagne, l'abondante exsudation ichoreuse et le caractère non-contagieux qu'elle présente suffisent pour appuyer notre diagnostic.

Le mal s'est déclaré à la suite d'exercices violens, de l'intempérance, de l'action du froid, de chagrins profonds et de frayeurs, cette femme ayant perdu son mari subitement.

Les acides végétaux, les alcalis, les sulfures, ont été tour à tour recommandés, intérieurement et extérieurement, contre cette maladie. Les dernières préparations ont été employées abondamment chez cette malade, mais sans succès, au dispensaire de Warwick-Street, où elle a été pendant quelque temps. Les mercuriaux ont été trouvés plus utiles; je lui ai donc prescrit cinq grains de pilules de Plummer tous les soirs et un catartique de temps en temps le lendemain. J'ai en même temps commandé des bains de propreté chauds, et des lotions sédatives d'après la formule suivante :

Prenez :	Acide hydrocyanique.	2 gros ss.
	Liq. plumb. s. a.	12 gouttes.
	Aqua distillat.	7 onces ss.
	Alcool,	onces ss. M. F. lotio.

Il est bon de surveiller soi-même l'usage de cette préparation et d'en noter les effets sur le pouls. Je dois dire néanmoins que je n'ai jamais observé de mauvais effets de son administration. Dans deux cas pareils au précédent où je l'ai employé, l'irritation des environs de l'éruption a été rapidement dissipée et le mal guérit radicalement. Chez la malade dont il s'agit, nous pouvons donc porter un pronostic favorale.

Acne simple; bains alkalins; solution de Fowler; guérison.

Robert Osborn, âgé de 19 ans, était depuis plus de deux ans atteint d'un *acne simplex*, qui se présentait sous la forme de tumeurs dures et enflammées, suppurait lentement, et envahissait seulement la face, le cou et les épaules. L'éruption ne s'est jamais montrée chez lui au-dessous des épaules ni du thorax. On sent d'abord sous la peau comme des petites semences dures, du volume de la tête d'une épingle. Trois ou quatre jours après ces grosseurs augmentent de volume et s'enflamment. Vers le sixième ou septième, l'éruption est au summum de son développement; elle est alors proéminente, rouge, lisse, luisante à la vue, dure et douloureuse au toucher. Vers le dixième jour, une petite tache de matière paraît au sommet de chaque tumeur, qui s'élargit bientôt, se dessèche et forme une croûte jaunâtre. Après cette époque, l'inflammation décline, les croûtes s'ébranlent et tombent vers la troisième semaine. Quelques-uns des boutons cependant ne passent pas à la suppuration, ils s'élèvent graduellement, s'enflamment modérément et déclinent ensuite dans l'espace de huit à dix jours, en laissant à leur place une marque rouge passagère. Tels sont les symptômes que ce malade a présentés à de courts intervalles dans l'espace de deux ans. Il attribue l'affection à l'action du froid; sa santé générale, du reste, est bonne, ainsi que sa constitution.

Le traitement que nous avons mis en usage chez ce malade se compose : 1° de bains alternatifs de soude et de sulfures, deux fois par semaine. (Le bain de soude était composé avec une livre de soude du commerce dans un bain tiède ordinaire. Le sulfurique résultait de quatre onces de sulfure de potasse dans le bain chaud ordinaire); 2° de cinq gouttes de la solution de Fowler avec addition de vingt-cinq gouttes de la teinture double de gentiane, deux fois par jour. Cette médication a été suivie jusqu'à ce que les seuls restes de la maladie consistaient en quelques taches pourprées à la figure. Ce malade va quitter l'infirmerie parfaitement guéri.

Psoriasis palmaria; bains sulfureux locaux; liqueur de potasse intérieurement, guérison.

Sophia M'Creary, 40 ans, portait un psoriasis palmaria depuis vingt-deux mois. La main et le poignet présentaient une apparence cornée et rugueuse, traversés par des rides profondes et saignant facilement au moindre mouvement des doigts. Les ongles étaient jaunâtres et considérablement contrefaits. Le traitement suivant a réussi au delà de notre attente : 1° bains locaux matin et soir, pendant dix minutes à chaque fois, avec une once de sulfure de potasse dans un maniluve tiède; 2° intérieurement, liqueur de potasse dans une mixture d'amandes amères. Guérison prompte. Le malade est congédié, mais il y a à craindre la récidive.

Observation sur un cas d'hydrophobie, suivie de quelques considérations; par M. Blizard Curling.

Il s'agit d'un jeune homme, âgé de 17 ans, qui, six semaines auparavant, avait été légèrement mordu au poignet droit par un petit chien épagneul présumé enragé. Le chien a été tué le lendemain. Le jeune homme avait négligé de se faire exciser et cautériser la plaie ainsi qu'on le lui avait recommandé. La petite morsure s'était cicatrisée peu de jours après, et la santé a toujours été bonne jusqu'à l'époque indiquée où la rage s'est déclarée.

C'est par une douleur dans l'aisselle et dans l'épaule que la rage a commencé. Le soir, mal de gorge. Le lendemain et les jours suivans, yeux saillans et luisans, pupilles dilatées, impatience, loquacité, pouls accéléré. Bientôt après, l'aversion pour l'eau se manifeste; convulsions des muscles de la gorge; le malade tourne la tête et couvre ses yeux avec les deux mains à l'aspect de l'eau, d'une chandelle, et de tout corps luisant; soif ardente, dysphagie complète pour les liquides; vomissemens de matière noirâtre; voix aigre et perçante; fureur; le malade attaque toutes les personnes qui l'approchent, excepté son frère; délire; faiblesse progressive.

Malgré l'usage des saignées, de l'extrait de belladone intérieurement (un grain par heure), et des lavemens répétés d'une infusion de tabac, les paroxysmes ni la marche de la maladie n'ont pu être ancunement influencés ,et la mort eut lieu en peu de jours.

L'autopsie ne présenta de remarquable que les circonstances suivantes : 1° Glandes muqueuses de l'épiglotte et de ses environs enflammées ; 2° membranes cérébrales phlogosées ; 3° existence de deux gros vers ascarides dans le tube intestinal. Le reste de l'organisme était sain ; la cicatrice n'a rien offert de particulier, elle n'a même pas été douloureuse durant l'existence de l'hydrophobie. L'auteur se demande si la présence des vers dans les intestins n'aurait pas contribué au développement et à la marche aussi rapide de la maladie : il semble admettre cette dernière hypothèse, se fondant sur l'efficacité réelle de cette cause dans le développement du tétanos qui est, suivant lui, une affection analogue. Il ajoute, en terminant, qu'un autre individu qui avait aussi été mordu à la main par le même chien n'avait rien éprouvé jusqu'alors. Consulté à cette époque, M. Curling a cru devoir inciser la cicatrice et cautériser fortement l'endroit de la morsure.

THE LONDON MEDICAL

AND

SURGICAL JOURNAL.

Quelques idées originales sur les fonctions et les maladies du canal intestinal; par M. James O'Beirne.

Voici les propositions que l'auteur pose en tête de ce travail et qu'il se propose de prouver :

1° Que toute la portion du rectum comprise entre le sommet de la cloaque rectale et la terminaison du colon, portion dont la longueur varie de six à huit pouces, est totalement contractée et vide dans les intervalles d'une selle complète à une autre; du moins jusqu'à quelques minutes avant la nouvelle garde-robe.

2° Que, durant cette période longue ou courte, la cloaque rectale seule contient des excrémens; mais ces matières sont en très-petite quantité et sous la forme de boulettes (*pellets*).

3° Que la cloaque rectale elle-même est toujours dilatée ou ouverte.

4° Que c'est à l'action musculaire de la portion contractée du rectum et non à celle des muscles sphincters de l'anus que nous devons la faculté de retenir et d'expulser à volonté les excrémens.

5° Que c'est l'extrémité supérieure ou l'anneau de cette portion contractée, et non les sphincters, qui résiste à l'impulsion du diaphragme et des muscles abdominaux dans l'acte de la respiration. C'est elle qui supporte le poids et le volume des parties contenues dans la portion sigmoïde du colon; c'est elle enfin qui s'oppose à leur descente et qui supporte l'irritation de la présence de ces matières.

6° Que par suite de cette fonction les quelques fibres musculaires qui composent cet anneau supérieur acquièrent un plus grand degré d'irritabilité et de force contractile que celles de la portion inférieure du rectum.

7° Que cet anneau supérieur doit être franchi par l'action combinée du diaphragme et des muscles abdominaux, chaque fois que les matières de la portion sigmoïde du colon doivent passer dans le rectum.

8° Que le rectum n'est jamais rempli jusqu'à quelques momens avant la garde-robe, et aussitôt qu'il est suffisamment plein il se contracte et expulse les matières par l'anus.

9° Que c'est seulement dans le dernier acte de l'excrétion que les sphincters de l'anus peuvent jusqu'à un certain point retarder la défécation.

10° Qu'aussitôt que cette fonction est accomplie, le rectum revient à son premier état de contraction *oblitérative*. Les sphincters ferment l'anus; et, ainsi que le docteur Elliotson l'a très-exactement fait remarquer, les muscles releveurs de l'anus relèvent l'intestin dans sa position naturelle.

Les preuves alleguées par l'auteur à l'appui de ces propositions sont de trois sortes : les unes sont anatomiques, les autres expérimentales, les autres enfin pathologiques.

Preuves anatomiques. J'ai démontré ailleurs, dit M. O'Beirne : 1° que le rectum est la portion la plus musculeuse du canal intestinal, et qu'elle est aussi la seule qui reçoit des nerfs directement de la moelle épinière. Ces circonstances font déjà pressentir une destination à un très-haut degré de sensibilité et de contractilité; 2° que le but le plus clair de cette organisation n'a pu être que de donner à cet intestin une très-grande faculté contractile; 3° que les quatre-cinquièmes de cet organe sont dépourvus de muscles extrinsèques capables de s'opposer à sa contraction; 4° enfin que la portion qui forme la cloaque rectale est nécessairement ouverte par l'insertion des muscles releveurs de l'anus dans cette partie.

Preuves expérimentales. En explorant l'état du rectum chez un grand nombre d'individus en bonne santé à l'aide d'une sonde de gomme élastique que je passais jusque dans la portion sigmoïde du colon, j'ai constamment trouvé que le passage de l'instrument était plus ou moins difficile jusqu'à l'extrémité supérieure du rectum; arrivé à ce point la difficulté ou la résistance augmentait très-sensiblement. Ce point étant franchi, la sonde marche rapidement au-dessus comme à travers un anneau plus ou moins serré. Alors, on voit immédiatement des gaz ou des fèces liquides, ou les uns et les autres à la fois sortir par la canule. La portion de l'instrument qui a franchi cet obstacle peut être ensuite remuée très-librement à travers l'anneau étroit. En retirant la canule on ne la trouve salie de matière fécale que dans la portion qui avait dépassé cette limite. Chez quelques personnes bien portantes j'ai aussi exploré le rectum avec le doigt au moment où elles sentaient des légères envies d'aller à la garde-robe; je l'ai examiné ensuite immédiatement après la selle, et je me suis assuré que cet intestin était dans l'un et l'autre cas vide et contracté.

Preuves pathologiques. 1° On convient généralement

d'après l'expérience, qu'on peut retarder artificiellement la marche des matières fécales dans le gros intestin, et en particulier dans le cœcum et le colon. Or, il est clair que cela n'aurait pu se faire s'il y avait une communication toujours béante entre la portion sigmoïde du colon et le rectum. Ce dernier, dans ce cas serait nécessairement exposé à des accumulations fréquentes de matière, les fonctions de la vessie en seraient très-souvent dérangées, et les sphincters de l'anus irrités par les fèces obligeraient l'homme à aller à chaque instant à la garde-robe. L'homme serait donc alors privé de l'heureuse faculté dont il jouit de retenir les matières fécales non-seulement plusieurs heures, mais encore quelquefois pendant plusieurs jours sans inconvénient.

2° La nature n'aurait eu aucun but en faisant un dépôt principal de matière fécale dans une portion intestinale continue avec le rectum, si la portion sigmoïde du colon offrait un passage libre aux fèces vers le rectum.

3° Dans l'acte de la réception d'un lavement, tout le monde peut constater un certain degré de résistance que le liquide éprouve en remontant dans le rectum. Il est connu d'ailleurs par les personnes qui ont l'habitude de prendre souvent des lavemens, que malgré que la seringue soit bien en ordre et bien chargée, malgré que la canule soit convenablement introduite dans le rectum, il faut toujours une certaine force pour faire avancer le liquide. A quoi tient cette résistance, sinon à la contraction et à la clôture assez solide du rectum? Le rectum est donc comme tous les organes musculaires creux, tels que la vessie urinaire, etc., qui restent à l'état de contraction jusqu'à ce qu'ils deviennent distendus par la matière qu'ils doivent contenir! J'ai administré moi-même des lavemens à un grand nombre de personnes bien portantes de tout âge, et j'ai eu l'occasion de m'assurer des circonstances suivantes : chez les personnes robustes le rectum se contracte très-vigoureusement; de là la constipation habituelle en bonne santé; l'ascension du lavement offre chez ces sujets beaucoup plus de difficultés que chez d'autres. Chez les personnes très-faibles, au contraire, le lavement marche avec une très-grande facilité par la raison opposée. Sur les personnes de constitution intermédiaire à ces deux extrêmes on rencontre une foule de variétés faciles à expliquer.

4° Les chirurgiens introduisent quelquefois un doigt dans le rectum dans le but de diriger la progression d'une sonde vésicale, ou bien de découvrir soit une fistule, soit la présence d'un calcul dans la vessie, soit un rétrécissement rectal, ou bien enfin pour s'assurer de l'état de la prostate, etc. Eh bien! il est d'expérience qu'il est excessivement rare que le doigt rencontre dans ces explorations de la matière, soit solide, soit liquide, dans le rectum. Il est également reconnu, tant par les pharmaciens que par les nourrices, que le bec de la seringue dont ils se servent, quelque long qu'il soit, est rarement retiré sali de matière fécale à l'occasion des lavemens. Ces circonstances prouvent que le rectum est constamment contracté et fermé de manière à empêcher toute communication libre entre sa cavité et celle de la portion sigmoïde du colon.

5° On n'a presque jamais vu des filamens membraneux traverser les flextuosités des intestins grêles, ni le cœcum, ni le colon; tandis que cela a été souvent observé dans le rectum. Ce fait démontre que les parois du rectum ont dû se contracter fortement, et que sa membrane muqueuse a dû se mettre en contact de toutes parts pendant un temps suffisant pour que les filamens membraneux aient pu s'organiser. Il a dû par conséquent aussi exister une interruption entre le rectum et la portion sigmoïde pendant quelques heures au moins.

6° Les deux muscles des sphincters de l'anus sont considérablement affaiblis dans la maladie appelée *prolapsus ani;* dans l'opération de la fistule à l'anus, ces muscles sont complétement divisés et par conséquent mis hors d'état d'agir comme sphincters pendant un certain temps; les ulcères vénériens et cancéreux détruisent quelquefois non-seulement les sphincters, mais encore une partie du rectum; néanmoins il est rare de voir l'incontinence des matières par suite de ces circonstances. Or, il est clair que cela n'aurait pas lieu si la communication entre le colon et le rectum était tout à fait libre, et si la faculté de retenir les matières dépendait de l'action des sphincters, ainsi qu'on le croit communément. D'ailleurs, tout le monde sait que M. Lisfranc a excisé plusieurs pouces du rectum, et que les malades ont guéri sans incontinence consécutive. Il en est de même des ablations rectales pratiquées par Faget, Mayo et Sterling, si l'on en excepte toutefois l'un des malades opérés par Faget; encore, dans ce cas, l'incontinence des fèces n'est survenue que par suite des abcès chroniques qui avaient décollé le rectum du sacrum.

On a objecté cependant à ces raisonnemens et à ces faits l'incontinence que certaines femmes éprouvent à la suite de la rupture de la cloison recto-vaginale. Cette incontinence pourtant n'existe que pendant quelque temps; les malades peuvent facilement plus tard retenir les matières, hors quelques cas de dévoiement (Burns). Gardien lui-même, ajoute M. O'Beirne, n'avait pas une opinion différente à cet égard. Voici ses propres paroles : « On a vu des femmes, dit Gardien, rendant » involontairement les matières stercorales pendant » plusieurs mois, acquérir par suite la faculté de les » rendre à volonté. J'en ai connu plusieurs qui, après » avoir été sujettes a cette incommodité pendant quelque temps à la suite des couches, ont également guéri » à la longue, evec le seul désagrément de ne pouvoir » retenir les matières fécales dans le cas de dévoiement. »

M. O'Beirne termine son travail par plusieurs observations détaillées de malades qui, malgré la rupture de la cloison recto-vaginale, pouvaient très-bien retenir et rendre à volonté les matières fécales, ce qui vient à l'appui des propositions qu'il a émises.

Leçons orales sur les hernies ; remarques pratiques sur les bandages herniaires ; par M, Kirby.

Si l'on veut bien refléchir, dit l'auteur de cet article, au mode d'action et aux effets des bandages herniaires, tels qu'on les faits de nos jours. et aux modifications que ces machines doivent subir suivant les indications particulières de chaque cas, on conviendra aisément que ce moyen, lorsqu'il est construit d'après les véritables principes de l'art, est bien préférable aux autres inventions que quelques personnes proclament tous les jours avec orgueil pour la guérison des hernies.

On pose ordinairement un bandage en faisant coucher le malade. On trouve commode cette position parce que la hernie se réduit facilement. On applique la pelote devant l'anneau, et l'on fait ensuite tousser le sujet ; si rien ne reparaît, le bandage est parfait. Quant à nous, cette seule épreuve est loin de nous satisfaire complétement : nous avons pour pratique de le faire lever et tousser debout, marcher, courir, monter et descendre un escalier, se baisser de différentes manières, attacher ses souliers, etc. Ce n'est en effet, que dans ces différentes inclinaisons du tronc, répétées plusieurs fois, qu'on peut voir si la pelote ne se dérange point, et si le bandage est bien ou mal construit.

Si, pour remplir son but, le bandage doit être doué d'une grande force, quelques précautions sont nécessaires, car la peau s'altère. Il faut donc, en ce cas, faire souvent usage de lotions alcoolisées, d'eau alumineuse, d'eau de chaux seule, ou combinée avec une décoction de quinquina ; mais ce qui vaut mieux encore que tout ceci, c'est une légère solution de nitrate d'argent appliquée tous les jours. M. Lafond, habile bandagiste de Paris, se sert aussi, comme on sait, de ces substances, mais c'est dans le but d'obtenir la guérison radicale de la tumeur.

Lorsque la pelote devient trop glissante et trop molle avec le temps par l'effet de la sueur qu'elle absorbe, il faut la redoubler de peau de chamois, de vieille mousseline, de calico, ou bien d'une étoffe de soie à demi-usée. Le malade doit donc avoir deux bandages afin de pouvoir les échanger au besoin et les faire rehabiller par le bandagiste sans abandonner sa hernie à elle-même.

Le bandage doit être porté jour et nuit si l'on veut obtenir une guérison radicale : jamais la tumeur ne devrait rester un seul instant sans contention ; car, outre que la cure est impossible sans cela, la hernie peut s'étrangler plus facilement, que si elle n'eût jamais été contenue.

Pour obtenir la guérison radicale à l'aide du bandage, il faut en outre défendre certains exercices corporels, prescrire en même temps la diète et les laxatifs, et prévenir tout ce qui peut provoquer la tympanite.

Si le sujet est jeune, ou maigre, ou bien trop gras, il faut proportionner de temps en temps les dimensions du bandage à celles que le corps peut présenter par la suite. Lorsqu'il y a trop d'embonpoint, la pelote s'enfonce à la longue comme dans une sorte de chaton, par suite de la résorption de la graisse que sa présence provoque. Dans ce cas, on conçoit bien que le ressort doit perdre une partie de sa force primitive ; aussi faut-il y remédier en rendant la pelote plus épaisse, ou bien en remplissant autrement le chaton.

On conçoit cependant que dans le jeune âge toutes ces conditions ne sont que difficilement remplies pour longtemps. Si les jeunes gens s'y soumettent d'abord, un moment arrive où, soit par impatience, soit par d'autres raisons, ils s'en affranchissent et laissent le bandage de côté avant que la guérison soit complète. La hernie peut reparaître alors et être suivie d'accidens fâcheux. Le fait suivant mérite d'être rapporté.

Hernie crurale ; bubon syphilitique ; ulcération externe de l'intestin ; anus contre nature.

Un étudiant en médecine, âgé de vingt ans, me consulta pour une hernie crurale qu'il portait au côté gauche. Cette espèce de hernie est très-rare, comme on sait, à cet âge et dans le sexe mâle. Je lui prescrivis l'usage d'un bandage d'après les règles précédentes. Pendant trois ans, la tumeur fut parfaitement contenue. A cette époque, une affaire de mariage se présente, il quitte le bandage, mais le mariage enfin n'a pas lieu. Il reste sans bandage et contracte en attendant la vérole. Un bubon se déclare du côté de la hernie, mais celle-ci ne reparaît pas encore. L'abus du mercure et l'intempérance du malade donnent au foyer du bubon un caractère phagédénique. La hernie se montre alors de nouveau. L'ulcération syphilitique s'étend jusque sur la poche herniaire qu'elle perce et érose de même que les parties qu'elle contient. Un anus contre-nature en a été la conséquence : et bien qu'un traitement approprié ait plus tard amélioré la condition de ce jeune homme, il n'en est pas moins resté infirme pour le reste de sa vie, car il conserve encore trois fistules stercorales dont la puanteur le fait vivre dans un isolément presque complet.

Il ne faut pas pourtant se faire illusion sur la bonté des bandages. Le bandage le mieux fait quelquefois peut manquer son but à la longue, il peut laisser échapper une petite portion de hernie à l'occasion d'une toux, et provoquer des accidens qui se combinent à la dernière maladie, au point d'en imposer lorsqu'on n'est pas prévenu.

Hernie inguinale; bandage; toux passagère; symptômes d'étranglement ; enlèvement du bandage ; guérison.

Un homme très-âgé portait une double hernie, dont l'une ombilicale, l'autre scrotale. La première, bien que volumineuse, ne produisait aucune incommodité ; la seconde était parfaitement contenue par un bandage. Une toux très-intense s'étant subitement déclarée à l'occasion d'un rhume de poitrine, le malade a été saisi peu de temps après d'anxiété, vomissemens,



défaillances, douleurs dans les hanches et dans les cuisses, et crampes très-douloureuses aux jambes. On va en toute hâte m'appeler; je n'étais pas à la maison. On s'adresse donc à un aide d'un médecin qui, n'ayant pas connu la nature de la maladie, ordonne des remèdes inutiles. J'arrive en attendant auprès du malade, avant que rien n'ait été encore administré. J'examine l'état des choses, j'ôte le bandage qu'il portait toujours en place, et tous les symptômes se dissipent à l'instant même.

Il y a des hernies tellement volumineuses, qu'il est impossible de bien contenir, malgré les bandages les mieux imaginés. Ces personnes s'adressent souvent à certains bandagistes qui promettent beaucoup de merveilles. On leur donne donc un bandage; elles s'en servent tant bien que mal, et la tumeur est comprimée sans être contenue. On a vraiment de quoi s'étonner de la rareté des accidens qui résultent d'une pareille conduite, si propre à en provoquer. J'ai vu plusieurs fois des hernies volumineuses qui étaient comprimées fortement par des bandages très-puissans, et j'ai été étonné de la grande tolérance des intestins qui n'étaient même pas constipés. Je l'ai été davantage dans les cas où la hernie était irréductible.

Je ne pouvais pas me rendre compte de ce phénomène avant d'avoir observé que dans ces cas, la pelote qui semblait bien appliquée d'abord, se déplace par la suite; elle remonte petit à petit au-dessus de l'anneau franchi par les viscères, de sorte qu'elle devient inoffensive.

Lorsque la hernie est irréductible, je pense que la compression méthodique à l'aide d'une pelote creuse, peut être à la longue très-utile. La compression en effet, si elle est bien dirigée, prévient l'engouement, empêche jusqu'à un certain point les dépositions morbides de graisses, favorise l'absorption de la graisse préexistante, et permet quelquefois aussi à la longue la réduction de la tumeur.

Hernie crurale volumineuse et irréductible; compression.

Un homme est venu me consulter pour une hernie fémorale d'un volume extraordinaire : son volume égalait mes deux mains ouvertes jointes ensemble. Elle descendait jusque sur la cuisse, de manière qu'au premier coup d'œil je la pris pour un abcès du psoas. L'examen cependant m'éclaira de suite sur la véritable nature du mal. La tumeur était réductible en partie. A la difformité près, ce sujet ne se plaignait de rien. Je lui ai fait faire un bandage à pelote concave; l'intérieur de cette énorme pelote en contenait plusieurs autres plus petites qu'on laissait agir à volonté sur la tumeur à l'aide de plusieurs vis de pression. Au bout de trois mois la tumeur était considérablement diminuée, de manière que l'appareil n'avait plus de prise. Le sujet s'étant contenté de l'espèce d'amélioration qu'il venait d'éprouver, n'a pas voulu faire la dépense d'un second appareil pour compléter la cure. Aussi n'en ai-je plus entendu parler.

Je crois donc que même les hernies irréductibles sont guérissables à la longue lorsqu'on joint au bandage approprié le régime, la position et les purgatifs. Cette médication est, d'après mon expérience, beaucoup plus efficace que le public et les médecins eux-mêmes ne le pensent.

L'action trop forte d'un bandage enflamme quelquefois le sac et amène promptement la guérison radicale de la hernie.

Hernie scrotale; bandage; accidens inattendus; guérison.

Un homme âgé de 50 ans, très-corpulent, toussant habituellement et étant souvent constipé, vint me consulter pour une hernie scrotale qui venait d'acquérir un volume considérable. Il était sur le point de faire un voyage, et devait partir en poste le lendemain. Je lui procurai donc et appliquai un bandage de suite. A peine avait-il fait 80 milles, qu'il éprouva, après un dîner copieux, du malaise, puis de la douleur dans le scrotum, qui fit des progrès et devint intolérable vers minuit. Un compagnon de voyage qui était lui-même porteur d'une hernie, lui conseilla d'ôter le bandage et de le remplacer par une machine compressive *ad hoc* qu'il avait par hasard dans son porte-manteau.

La douleur persistant, le malade fut obligé d'interrompre son voyage et de s'aliter pendant trois semaines. Il présenta alors tous les symptômes d'une inflammation locale, dont il fut traité antiphlogistiquement et guéri au bout de ce temps.

L'ayant examiné après son retour, cette homme présentait une large callosité à l'endroit de la hernie. Quelques années après, l'ayant revu, la place de la hernie était occupée par une sorte de masse rugueuse au-dessous de l'anneau. La hernie n'était plus reparue. J'ai jugé cette masse formée par le sac herniaire oblitéré jusqu'au col.

Je ne prétends pas cependant établir en principe ce que le hasard seul a procuré, car c'est certainement un grand bonheur que l'inflammation chez ce malade ne se soit pas répandue au reste du péritoine. On peut néanmoins déduire de ce fait des conséquences utiles pour la pratique.

M. Kirby en parlant de l'oblitération des sacs herniaires, mentionne une variété particulière de hernie dont il conserve une très-belle préparation, et qu'il montre dans ses cours. Cette variété est, pensons-nous, la même que celle qui a été décrite par sir A. Cooper sous le nom de *hernie enkystée*. C'était une hernie scrotale. La pièce offre trois cavités distinctes : l'inférieure paraît formée par la vaginale testiculaire dilatée par une hydrocèle; le testicule se voit en arrière; la seconde est en haut et résulte d'une hernie communiquant avec la cavité péritonéale; la troisième est au milieu; elle touche le testicule et en est séparée par une cloison. Cette cavité contient la hernie que nous venons d'indiquer. La pièce dont il est ici question, a d'abord présenté quelque embarras pour rendre

compte de cette disposition. Un examen minutieux cependant a fait voir que la dernière cavité résultait d'un ancien sac herniaire qui s'était oblitéré supérieurement. La seconde hernie avec son son sac avait donc été reçue dans l'ancienne poche qui lui a servi de kyste.

On peut, en conséquence, déduire de cette observation qu'une hernie peut être radicalement guérie, et pourtant une seconde tumeur pareille peut se former au même endroit; ce qui n'est pas, à la rigueur, une récidive de l'ancienne tumeur.

Tel est l'extrait du travail intéressant de M. Kirby. Nous en avons offert les points les plus saillans et qui nous paraissaient mériter de fixer le plus l'attention des praticiens.

BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE.

Relation chirurgicale des événemens de juillet 1830, à l'hôpital militaire du Gros-Caillou; par Hippolyte Larrey, chirurgien sous-aide-major, avec cette épigraphe: *Pateant certantibus campi; jàm corpora procumbunt humi truncata; membra latè dispersa sternuntur; manat undique cruor; salus una restat moribundis; vocant hominis amicum. Ecce chirurgus.* — 2ᵉ édition, précédée du rapport de Dupuytren à l'Institut. pp. 152 in-8°, Paris, chez Béchet, Bruxelles, chez J.-B. Tircher.

Cet ouvrage du fils de l'illustre Larrey, a été composé peu de temps après les événemens de juillet 1830; l'auteur a noté avec exactitude le nombre des blessés traités au Gros-Caillou, a recherché avec soin ce qui leur était survenu depuis leurs blessures, il a tenu compte jour par jour des plaies graves, des opérations qu'elles ont nécessitées et de leur terminaison. Il donne d'abord un tableau des blessés de juillet admis au Gros-Caillou; leur nombre total a été de 226, et le nombre total des morts a été de 20, c'est-à-dire d'un treizième. Ce succès, dit Dupuytren, est assez beau pour qu'on puisse l'avouer avec orgueil. De ces 226 blessés, 12 étaient venus des hôpitaux civils et 3 de maisons particulières: 231, furent guéris à l'hôpital. Des 20 morts, 4 avaient été apportés sans vie, 4 mourans, si bien que 12 seulement sont morts consécutivement.

M. Larrey passe ensuite à l'énumération des armes employées par les citoyens et les rappelle d'après les lésions qu'elles ont produites.

Les boulets de canon n'ont pas offert d'exemple de leurs effets meurtriers; la mitraille n'a pas fait beaucoup de ravages parmi les troupes, bien que des morceaux informes de fer, bois, plomb, etc., aient été extraits de plusieurs plaies.

Les balles de plomb de calibre et les plus petites appelées *chevrotines*, sont de tous les projectiles, ceux qui ont produit le plus grand nombre de blessures parmi les militaires. Il n'est pas vrai qu'il y ait eu des balles mâchées; cette assertion a également été démentie en Belgique à l'occasion des combats de la révolution; toutes les balles que l'on m'a montrées comme telles, étaient, comme le fait observer M. Larrey, des balles déformées, aplaties par des contre-coups ou des chocs sur des corps durs. Car, sans rappeler qu'il faudrait une force de mastication bien grande, pour denteler en quelque sorte des balles de plomb, il ne serait pas encore juste d'admettre qu'ainsi façonnées elles pussent causer plus de mal qu'arrondies. Il n'est pas vrai non plus que l'on ait employé à cet effet des instrumens compresseurs. Cette accusation formulée contre les Parisiens a également été portée ici contre les chefs hollandais; mais comment des balles devenues irrégulières par la compression auraient-elles pu se trouver ensuite de calibre?

La supposition des balles empoisonnées est tout aussi dénuée de fondement.

Ce qui est vrai, c'est qu'une infinité de balles de plomb d'un calibre trop fort pour les fusils de chasse, ont été réduites en lingots proportionnés. M. Hipp. Larrey n'a pas eu occasion de faire lui-même cette observation, mais on lui a garanti la certitude de ce fait. Au blocus de Maestricht, en 1830 et 1831, plusieurs volontaires du corps d'armée du général Mellinet devaient encore recourir à ce moyen pour se servir des armes dites *canardières* dont ils faisaient usage à défaut de fusils de munition.

Quant aux balles de cuivre dont on a aussi parlé, c'est là un fait tout aussi illusoire que celui des balles mâchées. Mais les billes des écoliers ont été employées à Paris comme au Caire (comme à Bruxelles) en guise de balles de plomb; et leurs effets ont été tels, d'après la remarque du grand Larrey, qu'elles ont déterminé des lésions proportionnellement plus graves que les balles ordinaires; on a aussi observé un grand nombre de plaies produites par des grains de plomb.

On sait que les projectiles lancés par la poudre à canon ne sont pas les seuls auxquels aient eu recours les Parisiens; les militaires redoutaient beaucoup la guerre des fenêtres d'où on leur lançait des meubles, des bûches, des tuiles et surtout des pavés; la plupart de ces projectiles n'ont point porté coup et quelques soldats seulement en furent grièvement blessés. Les plaies d'armes blanches ont été moins funestes et moins communes, on a remarqué une plaie intestinale curieuse produite par une sonde en fer des commis aux barrières.

La plupart des coups de feu étaient tirés à bout portant, ou à très-petite distance; d'où il est résulté, d'après la remarque de M. Larrey père, des blessures plus dangereuses qu'à l'armée où l'on ne combat corps à corps qu'à l'arme blanche.

Le tableau descriptif adopté par M. Hipp. Larrey est celui de tous les ouvrages classiques; il rapporte les détails des observations dans l'ordre suivant : plaies de tête et du cou, plaies de la poitrine, plaies de l'abdomen et plaies des membres.

L'auteur a cru inutile de répéter les considérations générales de nos maîtres sur les plaies d'armes à feu; les écrits de Bell, Bilguer, Bordenave, Samuel Cooper, Delpech, Desault, Faure, Gama, Grœfe, Guthrie, Hunter, Hutchinson, Larrey, Ledran, Percy, A. Paré, Richerand, Roux, Richter, etc., les leçons de Dupuytren, fournissent des documens positifs pour fixer les bases d'une connaissance approfondie sur cette partie de la chirurgie. M. H. Larrey expose la méthode générale de traitement employée par son père, méthode

qui a pour elle une longue expérience des champs de bataille.

Larrey débride presque toutes les plaies d'armes à feu et spécialement celles qui constituent les cas suivans : 1° superficielles avec ecchymose ; 2° superficielles avec déchirure des tégumens ; 3° profondes sans complication primitive, mais qui pourraient développer des accidens inflammatoires ou nerveux ; 4° lésion des nerfs, telles que leurs déchirures, simples contusions, qui pourraient déterminer par extension des accidens funestes, tels que le tétanos ; 5° arrachement des tendons et des parties charnues, suivis d'engorgement inflammatoire, d'étranglement plus ou moins profond, symptômes nerveux, épanchemens purulens, infiltration sanguine, sphacèle ; 6° hémorrhagies primitives ou consécutives ; 7° plaies compliquées de fractures ; 8° corps étrangers, esquilles, etc. Dans ces derniers Larrey préfère le débridement aux tentatives prolongées d'extraction. Le tire-fonds, les tires-balles sont des instrumens dont l'emploi doit être restreint.

Le débridement pratiqué, les bords des plaies sont rapprochés et maintenus par des pansemens légèrement toniques et compressifs, afin d'une part, de rétablir le jeu de la circulation autour de la plaie, de faciliter la chute des escarres, dissiper les symptômes de commotion, et d'une autre part mettre obstacle à un gonflement consécutif et prévenir l'éréthisme local. Ce pansement a si bien réussi que peu d'accidens inflammatoires ont dû être combattus par les antiphlogistiques.

Larrey a observé que les sangsues augmentent la congestion sanguine. Leurs piqûres sont quelquefois tellement profondes qu'elles entament des artérioles ou des veines dont on arrête difficilement l'hémorrhagie ; que de petits foyers purulens se forment. En coupant des filets nerveux elles occasionnent des accidens attribués à d'autres causes. Larrey emploie de préférence les ventouses scarifiées.

L'appareil a été levé le plus tard possible. Dans les plaies compliquées de fracture, et dans les fractures sans complication, la méthode des appareils permanens ou inamovibles a été employée avec succès. Je ne parlerai pas ici des avantages connus de cette méthode ; il en sera parlé à l'occasion de la thèse de l'auteur sur ces appareils.

Je ne suivrai pas M. Hipp. Larrey dans tous les détails intéressans de son savant mémoire ; à la plupart de ses observations, toutes pleines d'intérêt, il a joint les moyens thérapeutiques le plus spécialement adoptés par son illustre père, et il rend compte des différentes amputations primitives ou consécutives. Il expose ensuite les différentes influences qui ont pu favoriser les heureux résultats obtenus au Gros-Caillou, chez la plupart des blessés. A cet effet, il passe en revue la situation topographique de l'hôpital, les salles de chirurgie, le service des infirmiers, les dispositions morales des blessés, la garantie de leur existence à venir, leur constitution pylsique, leur confiance et résignation, la gravité des blessures, les soins immédiats, les pansemens d'attente qui avaient presque toujours suffi pour arrêter les hémorrhagies et prévenir d'autres accidens primitifs.

C'est aux soins immédiats donnés aux blessés aussitôt après leur entrée à l'hôpital qu'il faut attribuer les influences les plus directes de guérison. La longue carrière militaire du baron Larrey lui avait rendus familiers tous les cas de plaies d'armes à feu qui se présentaient à lui. Sa méthode générale de traitement et notamment les avantages des débridemens et appareils inamovibles ; sa médication révulsive, dont il fait une application si heureuse aux blessures les plus dangereuses et souvent les plus désespérées ; enfin son discernement vrai dans la plupart des cas qui ont nécessité des amputations primitives, tel est en peu de mots le résumé des influences pratiques dues à la grande expérience de M. Larrey. Chaque blessé menacé de mourir a été placé à part dans un cabinet. Le grand maître de la chirurgie militaire les persuadait que là tous les soins possibles leur seraient plus facilement donnés, et qu'ils y reposeraient mieux loin du bruit. Ainsi il épargnait aux autres les souffrances de leurs camarades à l'agonie et le spectacle de leurs cadavres. Cette précaution est utile et sage. M. Hipp. Larrey termine en rendant justice au zèle et à l'empressement dont tout le personnel de l'hôpital a fait preuve, ainsi qu'à la coopération active des chirurgiens volontaires.

Je terminerai cette analyse imparfaite en recommandant cet ouvrage important aux chirurgiens militaires, qui y trouveront en résumé l'exposé de la théorie et de la pratique de Larrey dans des cas qu'ils peuvent être appelés chaque jour à traiter.

FLORENT CUNIER.

De la prostitution dans la ville de Paris, considérée sous le rapport de l'hygiène publique, de la morale et de l'administration ; ouvrage appuyé de documens statistiques puisés dans les archives de la préfecture de police, avec cartes et tableaux, par A.-J.-B. PARENT-DUCHATELET, membre du Conseil de salubrité de la ville de Paris, de l'Académie royale de médecine, de la Légion-d'Honneur, médecin de l'hôpital de la Pitié ; précédé d'une notice historique sur la vie et les ouvrages de l'auteur, par FR. LEURET. Paris, 1836, 2 vol. in-8°. (1)

Cet ouvrage remarquable, tant par le sujet et l'étendue que par la manière dont il est traité est le fruit de huit années d'études. Il était sur le point d'être mis sous presse quand son savant et trop regrettable auteur fut enlevé à la science et à ses amis, à l'âge de 45 ans. Pour l'entreprendre il fallait plus que du courage, il fallait le sentiment impérieux, irrésistible de faire le bien ; il fallait encore, comme le dit fort bien M. Leuret, la conscience de la pureté de ses principes et de la

(1) Une réimpression de cet ouvrage, en un beau volume grand in-8° est en vente à l'Établissement Encyclographique, au prix de 7 fr. 50 c. — L'édition de Paris coûte 16 fr.



sévérité de ses mœurs. Parent joignait à ces qualités une extrême pricision dans les idées, une méthode claire et exacte, débarrassée d'erreurs.

Ce n'est pas sans bien des efforts sur lui-même qu'il se décida à terminer le travail qu'il avait entrepris et pour lequel il avait dû surmonter une foule d'obstacles. « J'ai trouvé, dit-il, dans la plupart des esprits, une défaveur particulière attachée aux fonctions de tous ceux qui, d'une manière ou d'une autre, s'occupent de prostituées; plusieurs personnes même *des plus éclairées*, scandalisées de voir que je me livrais à des recherches, suivant elles, si dégoûtantes, ne m'ont pas épargné sur cela les observations et les avis charitables ; mais en y réfléchissant, je n'ai pas pu comprendre cet excès de délicatesse et me rendre aux observations qui m'ont été faites. Si j'ai pu, sans scandaliser qui que ce soit, pénétrer dans les cloaques, manier les matières putrides, passer une partie de mon temps dans les voieries, et vivre en quelque sorte au milieu de tout ce que les réunions d'hommes renferment de plus abject et de plus dégoûtant, pourquoi rougirais-je d'aborder un cloaque d'une autre espèce (cloaque plus immonde, je l'avoue, que tous les autres), dans l'espoir fondé d'opérer quelque bien, en l'examinant sous toutes les faces qu'il peut offrir? En me livrant à des recherches sur les prostituées, serais-je donc nécessairement flétri par le contact de ces malheureuses ? Et, si de vénérables dames, qui, par leur naissance et leur position sociale, appartiennent à tout ce que nous avons de plus élevé, ne croient pas déroger, en venant de temps en temps, au milieu des prostituées, pour les instruire et les éclairer pendant qu'elles sont dans les prisons ou dans les infirmeries, que dois-je craindre, moi, simple particulier, en imitant leur conduite et en tâchant d'arriver au même but, bien que je suive une route différente de la leur ? » Et plus loin, il dit encore : « Quant à moi, qui crois voir les choses sous leur véritable aspect, et qui sait que la considération attachée aux travaux n'est pas toujours proportionnée aux services qu'ils rendent, ni aux difficultés qu'ils peuvent offrir, *je m'en remets au jugement des hommes sensés qui voient et apprécient les intentions, et tout en respectant les préjugés des autres, je déplore leur aveuglement.* »

C'est après avoir puisé largement dans les archives de la préfecture de police, où se trouvent des registres et des papiers d'une haute importance, après avoir étudié les prostituées dans la prison, dans l'hôpital, etc., après avoir recueilli des renseignemens des fonctionnaires chargés de la police des maisons de débauche, et de la bouche même des prostituées, c'est après s'être entouré de tous ces documens, que Parent-Duchâtelet a composé son livre. Avant d'entrer en matière, l'auteur définit les prostituées : « Ces débauchées d'un genre particulier, qui, *par un concours de circonstances, et par des habitudes scandaleuses hardiment et constamment publiques* forment cette classe particulière de la société, que l'administration doit suivre et surveiller avec le plus grand soin. ».

Parent-Duchâtelet a divisé son travail en vingt-cinq chapitres ; dans le premier il traite successivement du nombre des prostituées reconnues et enregistrées exerçant leur métier dans la ville de Paris ; de l'indication des pays qui fournissent ces femmes, et dans quelle proportion chacun d'eux les envoie à Paris ; de la position sociale des familles qui fournissent ces femmes, leur état civil, les professions qu'elles exerçaient au moment de leur enregistrement, leur degré d'instruction, leur âge ; et il examine quelle est la cause première de la prostitution. Les chapitres suivans sont consacrés aux questions ci-après : 1° Mœurs et habitudes des prostituées ; 2° considérations physiologiques sur les prostituées ; 3° de l'influence que peut avoir sur la santé générale des prostituées l'exercice de leur métier ; 4° généralités sur les maisons publiques de prostitution ; 5° de l'inscription des prostituées sur les registres de l'administration ; 6. des prostituées dans les diverses positions où elles se trouvent ; 7° de la prostitution clandestine ; 8° de la prostitution exercée dans certaines maisons garnies ; 9° de la prostitution favorisée par les débitans de vins, les rogomistes, les teneurs de cafés, d'estaminets, et autres petits débitans ; 10° du stationnement et du raccrochage sur la voie publique ; 11° manière dont les prostituées de Paris sont réparties dans les différens quartiers de la ville ; 12° les prostituées de Paris considérées dans leurs rapports avec la garnison ; 13° de la prostitution exercée hors des murs de Paris et dans les villages qui l'entourent ; 14° que deviennent les prostituées après avoir fait leur métier aussi longtemps qu'elles le peuvent, en d'autres termes quel est leur sort définitif ? 15° des soins sanitaires donnés aux prostituées de Paris ; 16° des hôpitaux consacrés au traitement de la syphilis ; 17° des prisons consacrées à la répression des délits commis par les prostituées ; 18° de la taxe à laquelle les prostituées de Paris étaient autrefois assujetties ; 19° questions de police administrative et sanitaire ; 20° considérations générales sur la position particulière des dames de maison et sur la légalité des punitions qu'on peut leur imposer ; 21° considérations générales sur la législation de filles publiques et sur la légalité des mesures adoptées en différens temps contre les désordres qui résultent de la prostitution ; 22° les prostituées sont-elles nécessaires? 23° l'administration peut-elle et doit-elle favoriser l'emploi des moyens préservateurs de la syphilis ; 24° des maisons de refuge ouvertes dans quelques endroits aux filles publiques, qui, touchées de répentir, renoncent à la prostitution.

L'énumération que nous venons de faire des différens chapitres montre l'étendue qu'embrasse ce travail et donne une idée de longues et pénibles recherches qu'il a coûté à l'auteur. Les nombreuses questions qui y sont traitées, leur complication, nous ont fait renoncer au projet que nous avions d'en faire l'analyse, qui aurait pris beaucoup trop d'extension pour l'espace accordé dans ce journal aux notices bibliographiques ; il nous suffira de dire que ce nouvel ouvrage de Parent-Duchâtelet est précieux sous le rapport de l'hygiène publique et de l'administration ; les médecins, les administrateurs, le

liront avec un véritable intérêt et y trouveront les uns et les autres des enseignemens utiles et que l'on chercherait vainement ailleurs. Les détails statistiques qu'il renferme, basés sur la méthode numérique que l'auteur avait coutume de suivre dans ses recherches, sont extrêmement intéressans, car la vérité était pour Parent une seconde religion, et il lui fallait, pour arriver à une conclusion, des chiffres exacts recueillis un à un et pouvant se servir mutuellement de contrôle. Il en est de même des faits qu'il raconte et des raisonnemens qui en sont la conséquence. C'est à ces rares qualités que ce livre doit la vogue qui l'a accueillie dès sa publication. (M.)

NAUMAN, *Handbuch der medicinischen klinik*, band V, 642 pp., in-8°, Berlin, 1836. (Manuel de médecine clinique.)

Ce cinquième volume de cet ouvrage, dont le mérite va croissant, traite des maladies du foie, de la rate et des glandes abdominales. L'auteur s'étend avec une rare habileté sur la première classe de ces maladies et ne fait pas moins preuve de talent en jetant du jour sur ce qu'il y a de vague dans nos connaissances sur la nature des affections des deux autres classes.

F. C.

KLEMMEN, C. A. *de Iridoncosi. Dissertatio ophthalmologica*. Acced. tabula. Dresde, 1836, in-8°. — 4 chapitres, 73 pages.

Cette savante dissertation a déjà été traduite en Allemand et insérée en entier dans le journal d'Ammon. *Von Ammon* et *Klemmen*, son élève, entendent par *Iridoncosis* ou *Iridoncus* (du grec Iρις et ὄγκος), cet état pathologique du parenchyme de l'iris caractérisé par l'accumulation d'une lymphe plastique (*plasticher lymphe*) entre les deux lames de cette membrane et la désorganisation de la texture de cette dernière à la suite d'inflammations.

Cet opuscule mérite de fixer l'attention des médecins qui cultivent l'ophthalmiatrie; nous en donnerons prochainement une analyse plus détaillée.

F. C.

Bruchstucke aus dem leben JOH. GOTTLOB BERSTEIN'S, *Drs, der arzneiwissenchaft und professors an der Universiteit zu Berlin,* herausgegeben von den sohne doct. JOH. THEOD. CHRISTIAAN BERSTEIN. Francfurt, a. M., 1836. 88 pages in-8°. (*Fragmens sur la vie de J.-G. Berstein,* publiés par son fils, le doct. J.-T.-C. BERSTEIN.)

Un brave et honnête homme qui a commencé par être barbier et a fini par devenir professeur de chirurgie (*sub sole nil novi*) donne ici une courte esquisse de sa vie, qui fut toujours un modèle de sobriété. Berstein a beaucoup contribué, vers la fin du siècle dernier, à la culture de la chirurgie en Allemagne, il a rempli la tâche que lui imposait sa position; mais son nom n'est pas d'assez grand poids pour passer à la postérité et il n'y avait que la piété filiale qui put le croire digne de l'honneur d'une biographie. F. C.

Ueber die Wechselfieber in Algier; von LUDWIG HERMAN, Dr der medecin, K. Griech. Bataillonsarzte, u. s. w. Frankfurt, 1836, 8, 48 s. (De la fièvre intermittente à Alger.)

Cet opuscule d'un jeune disciple de Schonlein, tout incomplet qu'il est, n'en contient pas moins quelques données intéressantes à joindre à la monographie des fièvres intermittentes.

Il considère comme une aberration de la fièvre européenne la complication fréquente des intermittentes avec d'importantes inflammations des viscères abdominaux; de sorte que (*nolens volens*) le traitement indiqué par M. Broussais a dû être mis en usage par des médecins allemands. Un jour ou l'autre un médecin expérimenté aura occasion d'observer ces affections dans la régence d'Alger et nous apprendra quelque chose de plus fondé là-dessus. Nous mettrons toutefois sous les yeux du lecteur la description que l'auteur donne de l'influence du *Sirocco*: « Moi-même, dit M. Herman, j'ai plusieurs fois ressenti son influence fâcheuse. Sans être malade, on éprouve pendant toute la journée qui précède son apparition, une grande faiblesse, de l'anxiété, la poitrine est oppressée, on ressent des maux de tête, des vertiges. Pendant qu'il règne, le ciel est couvert de nuages grisâtres (ce qui en été, est très-extraordinaire dans ces contrées). Cet enfant du désert arrive enveloppé d'un nuage épais de poussière, l'atmosphère est comme en ignition, et prend alors le nom d'*atmosphera palpabilis*, parce que l'air est tellement épais qu'on croit pouvoir le saisir avec la main. La poussière qu'il traîne avec lui couvre les habits, entre par la bouche, le nez, les oreilles. Il semble que l'on respire du feu, la langue est sèche et reste attachée au palais, on est tourmenté par une soif ardente et insatiable, l'appétit est perdu, le pouls devient dur, plein, accéléré, on éprouve le sentiment d'une cuisson interne, il semble que des vagues de feu s'agitent dans les vaisseaux. Des torrens de sueur chaude et visqueuse parcourent le corps, la tête est lourde, on cherche son lit en chancelant, et le sommeil vous fuit. Le sirocco exerce donc une double action sur l'économie; une action déprimante (*deprimirende*) sur le système nerveux, et une action excitante sur le système sanguin. Le sirocco agit de même sur les animaux. Les animaux domestiques, les chevaux, les chiens, les chats sont tristes, abattus, se roulent sur la terre, ne mangent pas. Les insectes qui fatiguent tant dans ces contrées, deviennent plus gênans, piquent davantage, alors. Pendant que le sirocco

soufflait. les hommes affectés de fièvre intermittente mouraient en assez grand nombre. »

La description donnée par M. Hermann est moins incomplète que celle qui se trouve consignée dans les *Mémoires de l'Académie des sciences*, année 1752 : « La respiration est gênée pendant qu'il souffle, les vaisseaux se gonflent, la transpiration est excessive ; et s'il règne longtemps on se sent bientôt accablé de lassitudes extrêmes, la tête s'apesantit, et éprouve quelquefois des nuances de vertige. »

La dissertation de M. Hermann est très-incomplète ainsi que nous l'avons déjà dit ; mais on ne peut s'empêcher de reconnaître que ce médecin a fait preuve de connaissances en traitant, d'après la médecine physiologique, une importante question d'hygiène mise autrefois au concours par l'Académie de Stockholm (*Mémoires* de cette Académie). « Quelque soit l'ordre de choses dans lequel un homme est placé, si cet ordre est toujours le même, cet homme s'y habitue, ses fonctions se disposent en conséquence des influences dont elles éprouvent l'action. » C'est ainsi que les contrées les plus insalubres pour les voyageurs ne le sont pas sensiblement pour les hommes y acclimatés ; pour ces derniers, il n'y a de nuisibles que les températures excessives, que les vicissitudes de température (Hipp., sect. III, aph. 1). Les vents doivent être mis au nombre des principales causes des maladies épidémiques, puisqu'ils contribuent le plus souvent à faire varier la constitution de l'air ; il est à regretter qu'en parlant des vicissitudes de température, l'auteur n'ait pas considéré la température qui cesse, celle qui succède et le changement plus ou moins rapide par lequel l'une succède à l'autre.

F. C.

Die Bader zu Gastein. *Ein monographischer versuch von* Burkard Eble, Doctor der medicin und chirurgie, Magister der Augenheilkunde und der geburtshülfe, K. K. Regimentsfeldarzte, Bibliothecar u. erstem aufscher der Schüler des niedern Lehrcursus an der med.-chirurgischen Josephs-Akademie, etc., etc. (*Les Bains de Gastein*). Vienne, 1835, chez *Léopold Grund*.

Voici un nouvel ouvrage de l'auteur du traité sur la *structure et les maladies de la* conjonctive. Nous regrettons beaucoup que cet ouvrage ne soit pas entre nos mains, surtout après tout le bien qu'en a dit le docteur Franke de Leipsick, qui en a rendu compte dans le *Schmidt's Jahrbucher*, (Band X, heft I, seite 107. Jahrg. 1836).

Nous donnerons toutefois l'analyse des eaux de Gastein, telle que nous la trouvons dans le n° 10, Band III, heft 2, *Clarus und Radius 's Beiträge zur Praktischen heilkunde*.

16 onces de la source principale des bains non fréquentés, contiennent, d'après Minding :

Sulphas kalicus.	gran.	0,055
— natricus.		1,495
Murias »		0,340
Carbonas calcicus.		0,397
— magnesicus.		0,035
— ferricus.		0,022
Aluminia		0,050
Silicia.		0,202
Mangan.		atomes.
Stront.		
Phosphas calicus		
Glairine.		
Sels secs—gran.		2596.

Après cela, 1000 grains d'eau de Gastein, contiennent d'après :

	Tromsdorf.	*Berzelius.*	*Soltman.*
Sulphas natricus.	0,2517	0,1866	0,1947
— kalicus.			0,0072
— calcicus.	0,034		
Chloretum natrii.	0,0868	0,0369	0,0443
— kalii.		0,0183	
— calcii.	0,0434		
Carbonas natricus.	0,0260	0,0083	
— calcicus.	0,0434	0,0442	0,0517
— magnesicus.			0,045
— ferricus.			0,0029
Silicia.		0,0438	0,0263
Aluminia.			0,0065
Magnesia.		0,0012	
Oxydum mangan.		0,0018	atomes.
— ferri.		0,0063	
Sulphuretum natrii.		0,0038	
Fluoras calcicus.		atomes	
Phosphas »			atomes.
— aluminicus.		atomes.	
Strontianum.			atomes.
Gelatina kermalis (Glarine).			atomes.
Quant. restant. (non analys.)	0,0043		
Total.	0,4860	0,3508	0,3381

Handwörterbuch der Gesammte Chirurgie und Augenheilkunde ; von doctor Ernst Blasius, O. Professor der chirurgie in Halle, — Ersten Bandes erste hälfte. — (Dictionnaire de chirurgie et d'ophthalmiatrie). — Berlin, chez Th. Chr. Fried. Enslin. — Bruxelles, Mayer et Somerhausen. (1re livraison. — *Abaptiston.* — *Blennorrhœa intestini recti*).

Cet ouvrage formera quatre volumes en huit livraisons. Nous avons sous les yeux la première partie du 1er volume de ce dictionnaire que publie le savant professeur Blasius ; cet ouvrage sera surtout recherché par tous ceux qui s'adonnent spécialement à la chirurgie oculaire. Que de données précieuses ne trouveront-ils pas au mot *Amaurose ?* M. Blasius a décrit avec le plus grand soin sa *symptomatologie,* et son *Decursus,* son *diagnostic ;* les causes et la nature de cette affection. Il divise l'amaurose, selon son siége : 1° en *Amaurose optique* lorsque le nerf optique est affecté; 2° en *Amau-*

rose ciliaire, due à une affection du système nerveux ciliaire; et 3° en *Amaurose cérébrale*. Si la maladie a son siége dans la partie du cerveau où les nerfs optiques prennent naissance. Cette distinction est justifiée par les observations de Walther (*Ueber die krankheiten der ciliarnerven systems, in s. und von Græfe's Journal*, Band III, Heft 1), de *Schreiber*, (Dissert. de morbis choroïdeæ, Marburg, 1824), de *Beer*, etc. Blasius s'étend beaucoup plus sur les causes de cette maladie et partant sur ses subdivisions qu'on ne l'a fait, en général, avant lui. On trouve toutefois de grands rapprochemens à faire entre cette partie de son article Amaurose et celle du traité de M. Stœber. Il s'étend ensuite sur le *pronostic* et il a consigné au *traitement* une foule de données et d'observations de la plus haute importance. Nous ne parlerons pas des articles *Amblyopia, Anchilops, Ancyloblepharon, Atonia Sacci lacrymalis, Atrophia oculi*, également sortis de la plume de Blasius.

Les articles de chirurgie y sont traités avec un talent transcendant : il nous suffira pour le prouver de citer avec les articles, les noms de leurs auteurs : *arthritis*, par *Rosenbaum*; *Anevrysma*, par *Blasius*; *Asphyxia*, par *Rosenbaum*; *Abscissio uvulæ*, de *Seeman*; *Abscissio labiorum pudendi, tonsillarum*, du même; *Blennorrhœa* d'*Ebermaier*. Ces noms sont un sûr garant du mérite du dictionnaire de Blasius. L'article *Amputatio artuum*, qui est le plus important et le plus savamment traité de tous ceux contenus dans la première livraison, est du célèbre Richter. F. C.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

BURKHARD EBLE, Versuch einer pragmatische geschichte der anatomie und physiologie, von jahre 1800-1825. (Recherches sur l'histoire pragmatique de l'anatomie et de la physiologie, de 1800 à 1825), in-8°, 355 p. Vienne, 1836, chez C. Gérold. — Cet ouvrage se trouve à la librairie de Mayer et Somerhausen, où l'on peut se procurer tous les ouvrages de médecine allemands.

EISENMANN, *Die prüfung der homœopathie* (L'épreuve de l'homœopathie; ouvrage à la portée de tout le monde). Erlangen, 1836.

KRAUSE, *Handbuch der menslichen anatomie* (Manuel de l'anatomie de l'homme). Hannover, 1836.

PLITT, *Die mineralquellen zu Tharand* (Des eaux minérales de Tharand). Dresde, 1836, Ch. Arnold.

G.-F. MOST, *Encyclopädie der medicinischen praxis* (Encyclopédie de la pratique médicale), grand in-8°. Leipsick, 1836.

HERGT, *Die schwefelquellen in Langenbrucken* (Eaux sulfureuses de Langenbrucken). in-8°, Heidelberg, 1836.

FRORIEP, *Notizen*, u. s. w. 49ʳ band, in-4° (Notices, etc. 49ᵉ vol.) Berlin, 1836.

HUFELAND, *Enchyridion medicum, oder Anleitung zur medicinische praxis* (Enchyridion medicum, ou introduction à la pratique de la médecine). Berlin, chez Jonas Verlasgh, 1836, in-8°.

KUTTNER, Medicinische Phänomälogie, 1ʳ band (Phénomonologie médicale), 1ᵉʳ vol. Leipsick, 1836.

STROMEYER, *Ueber paralysie der inspirations-muskeln* (De la paralysie des muscles servant à l'inspiration). Berlin, 1836.

NICOLAÏ, *Grundriss der sanitäts-polizei* (Aperçu de la police sanitaire). Jena, 1836.

SEERIG, *Armamentarium chirurgicum, oder sammlung chirurgische instrumenten* (Collection d'instrumens de chirurgie), 12 livraisons in-folio avec texte. Bruxelles, Mayer et Somerhausen, 1836. 120 fr.

WAGNER, *Medicinisch-practische abhandlung über die asiat. cholera* (Essai de médecine pratique sur le choléra), 2ᵉ édition, 1836. Bruxelles, Mayer et Somerhausen. 2 fr. 75

RUSCH, *Græfe, Hufeland, Link, Müller; Encyclopädisch wörterbuch der medicinischen wissenchaften* (Dict. encyclopédique des sciences médicales), 14ᵐᵉ volume. — On souscrit à Bruxelles, chez Mayer et Somerhausen.

UNNA, *De tunicâ humoris aquei commentatio anatomico-physiologica et pathologica, a gratioso medicorum ordine in literarum universitate heidelbergensi præmio ornata*. C. II, tab. in lap. incis. 8°, 146 p. — Heidelberg, 1836, chez Mohr. (20 gros).

SEVERI, *Jatrophistæ de clysteribus liber. Ad fidem codicis manuscripti unici Florentini primum græcè edidit Dietz*, in-8°, 48 p. — Regimontii, Prussorum, 1836.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE ROYALE DES SCIENCES.

—

Séance du 5 *septembre* 1836.

Structure des dents. — La correspondance fournit une lettre de M. Retzius de Stockolm, dont les recherches, longues et minutieuses sur la structure des dents, l'ont amené à publier les résultats suivans :

« J'ai trouvé, dit-il, que la substance osseuse consiste principalement en fibres ondulées et en tuyaux cylindriques creux, qui commencent de la cavité de la pulpe, et se rendent en rayonnant à la surface. J'ai trouvé qu'ils se ramifient presque régulièrement en s'amincissant, sans entrer en aucune communication entre eux. Sous le microscope, ils ressemblent à des vaisseaux remplis d'une substance blanche, et on les trouve presque égaux dans les dents de tous les vertébrés. Depuis cette découverte, j'ai reconnu que Leuwenhoeck a constaté une structure à peu près indentique, quoique personne n'ait paru y faire attention. »

M. Purkinje de Breslaw, s'était occupé en même temps que M. Retzius des mêmes choses que l'anatomiste de Stockolm, sans qu'il y ait eu entre eux aucune communication.

M. Retzius appuye ses communications verbales par la présentation à l'Académie de deux préparations de dents humaines, offrant deux sections : l'une verticale, l'autre transversale, faites au milieu de la couronne.

« M. Purkinje et moi, ajoute-t-il, nous avons retrouvé la substance corticale de Tenon, entourant la racine des dents humaines. Nous avons aussi trouvé que cette substance corticale ressemble beaucoup à la surface des os, quoiqu'elle offre beaucoup de différences sous plusieurs rapports. Elle manque de vaisseaux sanguins, de même que des organes de la moelle, des tubes cylindriques, et des canaux rayonnés. Elle possède, de même que les os, les petites cavités avec canaux ondulés. »

Séance du 12.

Lithotritie. — M. Bouchon adresse un instrument lithotriteur de son invention, composé 1° d'une canule extérieure ; 2° d'une canule-pince à trois branches, d'une forme particulière ; 3° d'un perforateur à développement d'un nouveau modèle ; 4o d'une manivelle pour mettre ce dernier en mouvement ; 5. d'un mandrin à poignée, destiné à écraser par percussion les calculs d'un petit volume. (Renvoyé à l'examen de MM. Larrey et Roux.)

Moyen d'empêcher l'introduction de l'air dans les veines pendant certaines opérations chirurgicales. — Le docteur Lafargue, pour obvier aux accidens que peut amener l'introduction de l'air dans les veines, accidens que l'on a vus même quelquefois suivis de mort, propose à l'Académie un moyen de s'opposer à cette introduction de l'air dans les veines pendant l'opération de la saignée de la jugulaire, et pendant l'extirpation de certaines tumeurs, situées au cou, à la partie supérieure et postérieure des épaules, et à la région mammaire. Ce moyen consiste à opérer sous l'eau, en plongeant par exemple le malade dans un bain. Le mélange d'eau avec le sang, qui pourrait survenir dans une inspiration profonde, n'est de nature à produire aucun accident.

Renversement des objets sur la rétine dans l'acte de la vision. — M. Capitaine lit une note sur un moyen facile de constater sur soi-même le renversement de l'image produite dans la rétine. — Bien que ce renversement paraisse à l'auteur une vérité acquise dans la science, il donne le moyen de s'en convaincre par des observations sur soi-même. « Il suffit, dit-il, d'appliquer légèrement l'extrémité d'un de ses doigts, ou mieux le bout arrondi d'un corps cylindrique de plus petit diamètre, sur un point quelconque de la sclérotique recouverte, ou non, par les paupières. Aussitôt on voit apparaître une tache précisément dans une direction opposée à la partie de l'œil que l'on comprime. Si l'on fait voyager l'objet comprimant, la tache se déplace en même temps et en sens toujours inverse. Sans aucun doute, cette tache doit sa production à la pression transmise par la sclérotique à la rétine qui la tapisse médiatement en dedans jusqu'au cercle ciliaire. La tache est vue à l'endroit même où serait vu un objet éclairé, dont la lumière tomberait sur la partie de la rétine qui éprouve l'influence de la pression extérieure. »

Dissémination de la vaccine inoculée sur plusieurs points du corps. — M. Bernard lit une note sur la nécessité d'inoculer la vaccine en plusieurs points du corps à la fois. Les observations qu'il a recueillies, dans une épidémie de variole, de sujets chez lesquels l'effet de l'inoculation du virus-vaccin se bornait sur le membre où il avait été appliqué, ou sur une partie du corps seulement, le reste du corps étant apte à recevoir une nouvelle vaccine, l'ont conduit à admettre que la vaccine, pour offrir un préservatif assuré contre la petite vérole, doit non-seulement être pratiquée sur les deux bras, mais disséminée sur divers points du corps, de manière à obtenir huit ou dix pustules.

Séance du 19.

Mort de M. de Jussieu. — Le président annonce à l'Académie la perte douloureuse qu'elle vient de faire

dans la personne d'un de ses plus honorables membres, M. de Jussieu, décédé à Paris le 15 septembre 1836, âgé de 88 ans.

Infusoires du pus syphilitique. — M. Donné adresse la lettre suivante, contenant la suite de ses recherches sur la matière des sécrétions et des divers écoulemens que produisent les organes génitaux chez l'homme et chez la femme, soit dans l'état normal, soit dans l'état morbide.

« Le pus sécrété autour du gland, affecté d'ulcérations ou de simple balanite, est le seul qui m'a présenté au microscope des animalcules vivans, qui ne sont autres que le *vibrio lineola* de Müller. Le pus sécrété sur tout autre point du corps ne m'a rien offert de semblable jusqu'à présent. Du pus pris sur un des chancres mentionnés, et qui contenait des vibrions, ayant été inoculé, produisit une pustule. Le liquide qui en fut retiré, examiné au microscope, présenta une grande quantité des mêmes vibrions.

Il n'existe pas non plus de ces animalcules chez la femme dans le mucus vaginal à l'état normal; mais dans la vaginite, la matière de l'écoulement présente non-seulement des vibrions, mais un animalcule particulier d'une grosseur notable, et d'une forme que l'on ne remarque chez aucune autre espèce d'infusoires connue. Son corps est rond, mais il s'allonge et prend diverses formes. Il est muni à sa partie antérieure d'une espèce de trompe excessivement ténue qu'il agite en tous sens avec rapidité, il porte en outre, sur l'un des côtés au-dessous de cette trompe, plusieurs cils également très-fins et doués d'un certain mouvement de rotation. La partie postérieure du corps se termine par quelques appendices de forme indéterminée. Ces animalcules paraissent marcher à la manière des sangsues et se fixer comme elles, par le moyen d'une espèce de ventouse; mais ils se déplacent rarement, et souvent ils sont réunis par groupes, en se tenant ensemble par leur partie postérieure. »

Après ces détails circonstanciés, M. Donné se demande à lui-même, si l'existence de ces animalcules est liée à la nature de la maladie et à la spécialité de l'écoulement? Cette question, impossible à résoudre dans l'état actuel de la science, ne pourra être décidée que par des observations nombreuses et des recherches ultérieures.

Caractère différentiel des serpens venimeux et non-venimeux. — M. E. Rousseau, chef des travaux anatomiques du Muséum d'histoire naturelle, assigne aux serpens un signe extérieur, au moyen duquel les vipères peuvent être facilement distinguées des serpens non-venimeux : ce caractère c'est que l'œil de la vipère éminemment venimeuse a son iris d'un rouge plus ou moins doré, contractile à une lumière plus ou moins intense, et qui agit comme un rideau que l'on met en action : si l'on présente cet animal aux rayons du soleil, on voit sa pupille, qui est noire et ronde dans l'obscurité, devenir linéaire et verticale comme celle des chats, tandis que l'ouverture des serpens non-venimeux, comme par exemple celle des couleuvres, est beaucoup moins contractile et laisse voir une prunelle ronde. M. Rousseau est le premier qui ait fait observer ce caractère différentiel.

Ether citrique. — Le résultat auquel M. Malaguti est arrivé par l'analyse de l'éther mucique (dont nous avons donné les détails et la formule dans le dernier cahier) lui a fait penser que l'analyse des éthers du troisième genre, à acides fixes, pourrait servir à constater la formule réelle de l'acide dont ils sont composés, formule qui leur a été assignée généralement par suite de leurs combinaisons avec les oxydes métalliques. L'auteur conclut, d'expériences rapportées dans son travail, que la formule, admise depuis longtemps pour l'acide citrique, doit être conservée et représentée par $C^8 H^4 O^4$, en rejetant celle qui a été plus récemment donnée.

Le même présente une note additionnelle à un précédent mémoire sur l'acide mucique.

Plâtre coulé dans le traitement des pieds-bots. — M. J. Guérin adresse une lettre sur l'emploi du plâtre coulé dans le traitement des pieds-bots. Aux faits qu'il a déjà communiqués à l'Académie sur ce moyen thérapeutique, il ajoute l'observation d'un jeune homme de douze ans, ayant un pied varus équin très-prononcé, et qui a été ramené et maintenu dans sa position normale par cinq applications de plâtre coulé, renouvelées à huit jours de distance; jusqu'ici, M. J. Guérin n'avait employé ce moyen que sur des enfans très-jeunes.

Séance du 26.

Effets de l'inoculation de la morphine. — M. le docteur Lafargue communique quelques observations sur l'inoculation de la morphine et de ses sels, sous l'épiderme; immédiatement après l'inoculation, se montre une petite papule qui s'accroît progressivement, accompagnée de chaleur, d'une auréole rouge et de prurit; pendant la première heure, cette papule atteint son apogée de développement, diminue progressivement et disparaît totalement entre douze et vingt-quatre heures.

Outre ces symptômes locaux, l'inoculation de la morphine exerce une influence générale sur l'économie. L'auteur, à ce sujet, cite une observation faite sur lui-même pour laisser parler les faits. Il s'est pratiqué treize piqûres à l'avant-bras. Après une heure et demie, il fut saisi d'une pesanteur de tête bien caractérisée, de baillemens fréquens, de propension invincible au sommeil; sa langue devint pâteuse. Cependant, dit-il, j'avais seulement employé tout au plus un quart de grain d'hydrochlorate de morphine. Que serait-il donc arrivé s'il avait doublé ou quadruplé la substance inoculée?

Des phénomènes analogues se reproduisent par l'inoculation de l'opium brut, de ses préparations ou de ses principes immédiats. (Renvoyé à MM. Serres et Magendie.)

M. J. Dujardin fait connaître le résultat de ses observations microscopiques sur la structure des dents, infirmant une partie de ce qui a été communiqué dans la séance du 5, au nom de M. Retzius de Stockolm, sur le même sujet.

(*Extrait de la Revue Médicale.*)



ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

Séance du 20 septembre 1836.

Présidence de M. Louyer-Villermay.

Correspondance officielle.

1° Tableau des vaccinations de l'Ain.

2° Tableau des vaccinations opérées dans l'hospice de la Charité de Lyon.

3° Supplément aux vaccinations du Bas-Rhin.

4° Lettre de M. le ministre du commerce, avec envoi d'un rapport de M. le docteur Bourbier sur une épidémie de fièvres typhoïdes qui a régné dans la commune de Parpeville.

5° Lettre du même au même, avec envoi d'une nouvelle note de M. Détay, pharmacien à Pau, sur la préparation des pastilles composées avec les principes extraits des eaux-bonnes.

Correspondance manuscrite.

1° Mémoire sur la transformation des positions occipito-antérieures de l'une en l'autre, par le docteur Villeneuve, professeur d'accouchement à l'hospice de la Maternité de Marseille.

2° Étranglement interne, suite de couches, pris pour une péritonite puerpérale; par M. le docteur Mondat, professeur d'accouchement au Mans.

3° Lettre de M. le docteur Colombot à M. le préfet de la Haute-Marne, sur les obstacles aux progrès de la vaccine dans le département.

4° Lettre de M. Tavernier : annonce la présentation d'une difformité du rachis qui lui paraît propre à répandre quelques lumières sur plusieurs questions naguère agitées au sein de l'Académie.

5° Lettre de M. Bayle : prie l'Académie d'inscrire son nom parmi les candidats à la place vacante dans le sein de l'Académie, et donne les titres dont il appuie sa candidature.

— M. le président propose la nomination d'une commission chargée de prononcer sur la convenance de placer le buste de Laënnec dans la salle des séances de l'Académie. Cette commission sera composée de MM. Récamier, Chomel, Louis, Andral et Husson.

— D'après l'ordonnance du 18 octobre 1829, il faut trois extinctions pour donner lieu à une nomination. Lorsque les membres décédés appartiennent à des sections différentes, on forme une commission composée d'autant de membres qu'il y a de sections, pour savoir qu'elle est celle des sections dont il convient de réparer la perte. La commission nommée dans l'avant-dernière séance propose aujourd'hui, par l'organe de M. Husson, d'effectuer dans la section de pathologie interne le remplacement amené par la mort de MM. Jacquemin, Evrat et Bourdois de Lamotte. L'Académie adopte.

— M. le président annonce que la commission désignée dans l'avant-dernière séance pour préparer l'élection de quelques correspondans nationaux, s'est réunie le 17 de ce mois. En relisant la partie du réglement relative aux élections, elle a vu que nul ne pouvait obtenir un titre quelconque dans l'Académie, s'il n'en a fait la demande expresse. En conséquence, elle invite ceux des membres de la compagnie qui connaissent des savans qui prétendent au titre de correspondant, de vouloir bien les prévenir d'une formalité qu'ils ignorent peut-être, et sur laquelle la commission ne saurait passer. Pour donner aux demandes le temps d'arriver, la commission s'est ajournée au 15 du mois prochain.

Anatomie du bas-ventre. — Lecture du docteur Thomson.

M. le docteur Thomson reprend la lecture dont nous avons donné l'extrait dans le précédent numéro. En attendant le rapport dont ce travail sera l'objet, nous nous bornerons à donner textuellement les principales propositions de l'auteur.

Le soi-disant muscle droit ne mérite pas le nom de muscle distinct, sauf pour des considérations d'anatomie topograhique, puisque ses fibres sont des continuations des fibres des muscles plats du ventre, et du muscle grand pectoral.

Les intersections tendineuses des muscles droits résultent de l'entrelacement tendineux des fibres aponévrotiques des muscles plats de l'abdomen, dans les endroits où ces fibres se detournent pour redevenir charnues, et constituer la masse dite muscle droit de l'abdomen.

Les muscles de l'abdomen, les muscles grand oblique, petit oblique, transverse et muscle droit, et les aponévroses intermusculaires, et le fascia transversalis en grande partie ne font qu'un seul muscle à plusieurs ventres charnus et aponévrotiques.

Les muscles de l'abdomen, dans leurs parties aponévrotiques, constituent une véritable toile ourdie, dans laquelle les fibres ne sont pas arrangées si méthodiquement que dans la toile que nous fabriquons, mais produisent une force dé résistance entièrement semblable.

L'arrangement de ces muscles est admirablement propre à s'opposer à des éventrations et à des hernies dans tous les endroits.

Les fibres aponévrotiques sont le véritable squelette de la fibre musculaire.

La partie charnue d'une fibre musculaire est une infiltration locale de la fibre tendineuse, selon les besoins physiologiques de l'animal; infiltration de fibrine et la matière colorante du sang.

L'infiltation de fibrine, dans une ou plusieurs parties de la fibre tendineuse, dépend du plus ou moins de pression ou de tension de la fibre, selon le besoin physiologique ou pathologique de l'espèce, ou selon les besoins physiologiques de la race.

La pression ou la tension qui empêche l'infiltration de la fibre tendineuse par la fibrine et la partie colorante du sang, proviennent, soit de la torsion de la masse des fibres autour d'un axe commun, soit d'un tiraillement

pathologique, soit d'un entrelacement souvent répété des fibres les unes avec les autres.

L'infiltration pathologique ou physiologique de la fibrine qui tend à convertir une fibre tendineuse en fibre charnue, est toujours accompagnée, sinon précédée, d'une augmentation de volume des nerfs qui se perdent dans les fibres aponévrotiques.

Métrorrhée séreuse, ou perte des fausses eaux; par M. Chassinat. Rapport de M. Moreau.

1° La métrorrhée séreuse survenant à une époque variable de la grossesse, est une maladie sur l'existence de laquelle on ne peut élever de doutes.

2° Dans l'immense majorité des cas, le liquide qui constitue l'écoulement est sécrété entre la surface interne de l'utérus et les enveloppes du fœtus, après décollement de ces mêmes enveloppes. Cela a toujours lieu quand le flux est abondant et répété plusieurs fois.

3° Les causes qui semblent favoriser cette sécrétion morbide sont la polyhémie générale ou une irritation de l'utérus, survenue assez souvent après une violence extérieure.

4° Le signe pathognomonique de la maladie est la sortie par la vulve d'un liquide ordinairement limpide et ténu, de couleur citrine, accompagnée ou non de contractions douloureuses de l'utérus.

5° Il n'existe aucune lésion anatomique qui soit propre à cette maladie.

6° En général le flux séreux utérin n'est dangereux ni pour la mère, ni pour l'enfant. La grossesse arrive à son terme normal; la poche des eaux se forme, et le liquide amniotique est abondant comme à l'ordinaire.

7° Quant au traitement, le plus souvent il n'y a rien à faire; seulement, quand la pléthore est trop considérable, on peut la diminuer en tirant du sang et en empêchant d'en faire. Dans tous les cas, la marche de la grossesse doit être abandonnée à elle-même, et l'accouchement livré aux seuls efforts de la nature, à moins de complication grave.

Le travail de parturition n'est ni plus long, ni plus laborieux.

Modification dans le procédé de réduction de la luxation de la mâchoire inférieure. Lecture de M. E. Bernard.

Un homme d'environ cinquante-cinq ans se luxe la mâchoire en bâillant. Aussitôt un médecin est appelé, et tente en vain de remettre l'os déplacé. Le lendemain, cet homme entre à l'hôpital : nouvelle tentative, nouvel insuccès. On essaie de dompter la résistance musculaire par des saignées, et l'on appelle M. Bernard, qui d'abord n'est pas plus heureux que ses confrères. Puis, pendant d'autres manœuvres, il conçoit l'idée d'un nouveau procédé : le malade étant assis à terre, sa tête entre les jambes d'un aide, le chirurgien placé en face met le genou gauche sous le menton du blessé, pendant que son pied repose sur un tabouret. Puis, procédant à la réduction, il se sert de ses deux pouces pour presser en bas et pour séparer les condyles de la partie antérieure de l'apophyse transverse du temporal, empêchant par son genou la partie antérieure de la mâchoire d'obéir à la force d'abaissement imprimée par les mains à la partie postérieure.

A la sensation d'une résistance vaincue, à la mobilité de mâchoire, M. Bernard, jugeant qu'il était temps de pousser l'os dans sa cavité, porte en arrière et horizontalement les condyles, en même temps qu'un mouvement d'élévation du genou, au moyen de l'extension du pied, repousse le menton en haut.

C'est ainsi qu'il a réduit une luxation qui avait résisté aux procédés connus.

Séance du 27 septembre.

Présidence de M Louyer-Villermay.

Correspondance officielle.

1° Lettre de M. le ministre de l'instruction publique, annonçant qu'il vient d'accorder 2,000 fr. à M. le docteur Gannal pour ses travaux sur la conservation des cadavres.

2° Lettre de M. le ministre du commerce avec envoi d'un rapport de M. Lelong sur une épidémie qui a régné dans la commune de Buding.

3° Lettre du même avec envoi de la recette et de l'échantillon d'un remède anti-rachitique.

Correspondance manuscrite ;

1° Lettres de MM Trousseau, Vassal, Téallier et Dubois d'Amiens, se présentant comme candidats à la place présentement vacante dans la section de pathologie interne.

2° Lettres de MM. Chassinat, Munaret et Malle, se présentant comme candidats à la place de membres correspondant.

3° Lettre de M. Huard : croit avoir découvert une composition propre à faire pousser les cheveux, et demande qu'on veuille bien nommer une commission pour suivre les expériences qu'il se propose de faire.

4° Lettre de M. Lafargue de Saint-Émilion : contient quelques réflexions sur les effets de l'inoculation de la morphine par la lancette.

5° Recherches et observations sur le seigle ergoté et sur l'insecte dont la liqueur produit l'ergot, par M. Debourge.

6° Observation d'odontolithe developpée dans l'écartement de deux racines externes de la première dent molaire supérieure, par M le docteur Lefèvre.

7° Mémoire sur l'iritis ou inflammation de l'iris, par M. Stœber.

8° Réflexions sur quelques points de l'organisation de la médecine en France par le même.

Observation d'un polype du larynx ; communication de M. Gérardin jeune.

Obs. — M. S., âgé de soixante-trois ans, perdit tout à coup la voix, il y a environ deux ans. Pour la lui ren-



dre, on essaya des sangsues, des vésicatoires, des gargarismes aluminés, etc., tout fut inutile. L'hiver suivant il s'enrhuma ; à ce rhume se joignit un étouffement considérable, et à la veille de se mettre en route pour aller respirer l'air de la Normandie, son état empira, et M. Gérardin fut appelé. Le malade était assis sur son lit, haletant, avec respiration sifflante, voix éteinte, toux rauque, visage enflammé, l'œil animé, en un mot, tous les symptômes de strangulation et de l'asthme suffocant. M. Gérardin pratiqua de suite une saignée du bras qui amena une amélioration sensible, mais elle ne fut pas de longue durée, le retour des mêmes symptômes fit revenir au même moyen et ainsi de suite jusqu'à quatre fois, après quoi le malade mourut.

Le larynx examiné, on découvrit que la glotte était obstruée par le développement d'une tumeur ; l'air n'avait passage qu'à travers un pertuis sinueux du diamètre d'une plume de poulet. En faisant une incision à la partie postérieure du larynx et de la trachée-artère, et en écartant les bords de la division, on voyait surgir une tumeur grosse comme une aveline, blanche, couverte d'aspérités, de une à deux lignes; cette végétation avait un court pédicule qui occupait tout le sinus droit du larynx.

M. Gérardin rapproche cette observation d'une observation analogue citée par M. Ferrus, et croit pouvoir en tirer les conclusions suivante :

1° Il est permis de croire à l'existence d'une tumeur dans le larynx en ayant égard à la date de l'aphonie.

2° Au sifflement produit pendant l'inspiration et pendant l'expiration.

3° Au calme apporté par les premières saignées, bientôt suivi du retour des accès.

4° A la similitude des symptômes avec ceux d'un asthme convulsif.

Fistules vésico-vaginales transverses; par MM. Spezel et Coglioso. — Rapport de MM. Thyllaie et Maingault.

Avant de nous faire part de leur méthode, MM. Spezel et Coglioso examinent les méthodes de leurs prédécesseurs; elles sont au nombre de quatre : 1° *affrontement des bords de la fistule*, procédé de Desault; 2° *cautérisation;* 3° *appareils unissant,* sonde érigne de M. Lallemand; 4° *suture.*

La nouvelle méthode comprend deux temps, l'avivement des bords, et leur réunion par la suture enchevillée.

1° Deux instrumens sont employés à remplir la première indication. Le premier ressemble à des pinces incisives droites, mais il n'agit pas de la même manière, il coupe très-nettement et à la manière des ciseaux. En effet, les tranchans sont obliquement dirigés en sens inverse, de façon qu'ils se touchent par le rapprochement des anneaux.

Le second instrument, destiné à rafraîchir la lèvre antérieure, ne diffère du précédent qu'en ce qu'il présente à partir du clou une courbure à angle obtus. Du reste, la forme et la disposition de ses tranchans sont en tous points les mêmes.

Dans les deux instrumens les tranchans ont environ cinq lignes d'étendue.

2° Le second temps se compose, avons-nous dit, de la suture enchevillée, trop connue pour être décrite ici. Deux points de suture sont ordinairement suffisans.

En dernier résultat, on voit que la méthode que proposent MM. Spezel et Coglioso pour réunir les fistules vésico-vaginales revient à celle qu'on emploie chaque jour contre le bec-de-lièvre. L'essentiel, c'est de rafraîchir les bords de la plaie et de les mettre en état de se réunir. (Le travail de MM. Spezel et Coglioso est renvoyé au comité de publication.)

Note sur l'orchite, par M. Rochoux.

Un fait communiqué par M. Ricord a fourni l'occasion de cette note : c'est le sixième, à la connaissance de M. Rochoux, où l'autopsie est venue confirmer l'exactitude d'une opinion émise par lui dans un journal en 1833. Et quelle est cette opinion ? c'est que l'*orchite blennorrhagique* ou *testicule vénérien* est formé non par le gonflement du testicule, comme on le croit, mais par un épanchemunt dans la tunique vaginale, lequel n'est lui-même qu'une suite de l'inflammation de cette membrane.

M. Rochoux croit avoir émis le premier cette théorie, à laquelle se sont rangés la plupart des médecins, et notamment MM. Velpeau, Bérard, Forget, etc.

M. Velpeau. M. Rochoux me fait partager son opinion, j'en diffère pourtant. L'orchite est assez connue, et depuis quelques années surtout j'en ai vu un assez grand nombre pour m'éclairer. Il est bien vrai que le testicule est moins gonflé dans cette maladie qu'on ne l'a dit; il est bien vrai qu'il se fait un épanchement dans l'intérieur de la tunique vaginale; mais cet épanchement est léger, et ce n'est pas lui qui constitue la maladie. J'ai cherché à vérifier la théorie de M. Rochoux sur sa nature, et je puis assurer que sur quarante ou cinquante faits qui sont récemment passés sous mes yeux, dans la moitié au moins l'épanchement de la sérosité n'était pas pour le quart dans le volume de la tumeur; au contraire, le testicule y était pour la moitié. Voici comment je me suis assuré du fait: Le gonflement, comme on sait, se fait très-rapidement, c'est une affaire de quatre à cinq jours. Si l'on soulève alors le testicule, on sent que le poids est plus considérable qu'il ne devrait l'être si la tumeur n'était qu'un amas de sérosités. En second lieu, l'œil ne découvre aucune transparence; et si l'on examine l'épididyme en arrière, le toucher reconnaît que cet organe prend une grande part au volume de la tumeur.

M. Rochoux. La meilleure manière de combattre l'opinion qu'on vous oppose est de prouver que la vôtre est très-solidement établie. En conséquence je vais répéter de vive voix ce que j'ai dit par écrit dans la note que vous venez d'entendre. Une principale preuve m'est

fournie par l'ouverture des corps. J'ai constaté sur six cadavres que l'orchite est formé presque exclusivement par l'épanchement d'un liquide séro-purulent entre les deux feuillets de la tunique vaginale. A cela je pense qu'il n'y a rien à répliquer.

On dit qu'il n'y a pas de transparence; mais les membranes enflammées ne se laissent pas facilement traverser par les rayons lumineux.

Enfin pour peu qu'on ait d'habitude, on sent distinctement la fluctuation.

M. Blandin. J'ai vu aussi un grand nombre d'orchites et je ne partage pas pour cela, ou à cause de cela, l'opinion de M. Rochoux, du moins dans tous les temps de la maladie. L'état des organes dépend du moment où on les examine. Au début, il est clair que l'inflammation descend de l'urètre par les canaux déférens, à l'épididyme et au testicule. Il existe en effet deux tumeurs, une supérieure formée par l'épididyme; une inférieure formée par le testicule. Ainsi, c'est d'abord l'épididyme et le testicule qui forment la plus grande partie de la tumeur; mais à mesure qu'on s'éloigne du début et que la résolution approche, il se peut que l'épanchement de la tunique vaginale soit le principal élément de la maladie.

— M. Voisin lit un mémoire dont nous ne devons indiquer ici que l'objet. Il veut prouver que la nature, insouciante des individus ne s'intéresse qu'aux espèces; d'où il déduit cette loi que l'homme, que tout animal, est appelé à se reproduire; c'est son instinct, c'est sa mission. Nous reviendrons à l'occasion du rapport sur un travail qui a captivé l'attention de la compagnie jusqu'au bout, et dans cette partie de la séance où l'on n'en donne plus guère qu'aux communications les plus intéressantes.

M. Bouvier présente une observation d'abcès du cervelet.

Séance du 4 octobre.

Présidence de M. Louyer-Villermay.

Correspondance officielle.

1° Lettre ministérielle en date du 28 septembre, avec envoi de l'état nominatif des malades qui ont visité les eaux de Forges en 1835.

2° Lettre ministérielle du 1er octobre, avec envoi d'un rapport du médecin des épidémies de l'arrondissement de Saint-Pol, sur une affection typhoïde vermineuse qui a régné dans la commune de Sibiville.

3° État des vaccinations pratiquées dans l'arrondissement de Narbonne.

Correspondance manuscrite.

1° Lettre de M. Coissard de Castelnaudary sur le choléra-morbus.

2° Lettre de M. Chevalier sur les variétés de température des eaux de Vichy.

3° Notice médicale sur le voyage de M. Baudouin dans le pays des dattes (Afrique), par M. Miguyon.

4° Lettres de MM. Tonnelé de Tours, Stœber de Strasbourg, Colson de Noyon, Noble de Versailles, Pravaz de Lyon, Lafosse de Caen, Kuhnoltz de Montpellier, Reynaud du Puy, Lejeune de Reims, se portant tous comme candidats aux places de correspondans de l'Académie.

5° Observations pour servir au traitement préservatif du cancer de l'estomac, par M. le docteur Berthelot.

6° Lettre de M. R. Gérardin, se portant comme candidat à la place présentement vacante dans la section de pathologie interne.

7° Lettres de MM. Griffa de Turin et Talma de Bruxelles, sollicitant le titre de correspondans étrangers.

Du traitement de la gale; par M. Malapert. — Rapport de M. Bousquet.

M. Malapert reproche aux traitemens les plus usités contre la gale d'être malpropres et peu sûrs. Pénétré de ces inconvéniens, il s'est mis à la recherche d'une nouvelle méthode, et il croit l'avoir trouvée dans les caustiques, auxquels il attribue le triple avantage d'appeler et de fixer le mal à l'extérieur, de l'éteindre sans retour, et de prévenir toute espèce de rétrocession sur les organes internes.

M. Malapert prescrit les caustiques en friction et dissous dans l'eau. Il termine son mémoire par un tableau comparatif où l'on voit en regard :

La potasse caustique.
La soude.
Le sublimé corrosif.
L'acide sulfurique.
Et le sous-carbonate de potasse.

De tous ces moyens, l'auteur préfère le sublimé corrosif comme le plus sûr et le plus expéditif. Il guérit, terme moyen, en quinze jours. La dose est de douze grains par once d'eau.

M. Planche fait observer que ce traitement est connu, et qu'on trouve dans Paul d'Egine une formule contre la gale où figure le sublimé corrosif.

M. Récamier parle dans le même sens; il ajoute qu'il a été appelé en consultation pour voir une dame atteinte de la gale. Il proposa le sublimé corrosif. M. le médecin ordinaire lui fit observer que la malade était si sensible au mercure, qu'il avait suffi d'un demi-grain de calomel pour lui donner une érysipèle, néanmoins M. Récamier insista; mais au lieu d'une demi-once de sublimé qu'il a coutume de prescrire par bain, il n'en prescrivit que dix grains, ce qui n'empêcha pas que tout le corps se couvrit d'un érysipèle. M. Récamier aime beaucoup mieux l'administration du sublimé en bains qu'en frictions; mais il faut avoir soin de prendre une baignoire de bois, sinon il y a décomposition du mercure, et il en faut une dose beaucoup plus considérable pour obtenir les mêmes effets.

M. Rochoux fait observer que dans l'administration du sublimé par bains, il faut s'assurer que les malades ne portent pas de plaies à la peau; s'il y en avait, il faudrait renoncer à ce mode d'administration, qui



exposerait à tous les inconvénients de l'absorption d'un véritable poison.

Essai sur les rapports entre les symptômes primitifs de la maladie vénérienne et les affections consécutives de la peau appelées syphilides; lu par M. Martins.

La première question que se fait M. Martins est celle-ci : Quels sont les symptômes primitifs qui exposent le plus souvent aux syphilides? La blennorrhagie y mène quelquefois, mais cela est rare. La complication d'une orchite ou d'un bubon n'ajoute rien aux chances de cet accident. Les chancres y conduisent beaucoup plus souvent, surtout lorsqu'ils sont accompagnés, précédés ou suivis d'autres symptômes d'infection.

Les syphilides papuleuses sont les plus communes de toutes.

Les pustuleuses (ecchymo-syphilitienne) sont les plus rares de toutes chez les adultes.

Les syphilides graves, telles que les tubercules et les ulcérations, succèdent aussi souvent à des blennorrhagies qu'à des chancres.

La moitié des syphilides et plus affectent en débutant la face ou le cuir chevelu.

Rien de plus variable que le temps où se manifestent les syphilides : toutefois elles sont moins lentes à paraître après les chancres qu'après la blennorrhagie.

La moitié des syphilides qui succèdent aux chancres se montrent dans l'intervalle des sept mois.

Parmi les causes occasionnelles susceptibles de provoquer le développement des syphilides, M. Martins met au premier rang la chaleur; mais en général les extrêmes de la température ont à peu près la même influence.

De la volonté considérée comme puissance morale et comme moyen thérapeutique; par M. Jolly; rapport de M. Pariset.

L'objet de ce mémoire est de faire considérer la volonté comme un agent dont la thérapeutique peut tirer grand parti pour le traitement et la guérison de certaines maladies, et notamment de maladies nerveuses, telles que la danse de Saint-Guy, le bégaiement, le strabisme, le hoquet, etc.

A cette occasion, l'auteur est entré dans une suite de propositions entre lesquelles M. le rapporteur ne voit pas toujours une parfaite concordance. Par exemple, dès la première ligne, M. Jolly considère la volonté comme une puissance qui règle et domine la pensée, et un peu plus loin il assure que l'exercice de la pensée est entièrement soustrait à l'empire de la volonté. Au reste, auteur et rapporteur s'accordent à reconnaître l'utilité d'une forte volonté pour régler l'exercice de certaines fonctions, et les faire rentrer lorsqu'elles s'en sont écartées.

Communications verbales.

M. Blandin présente deux sujets sur lesquels il a pratiqué diverses opérations d'autoplastie; l'un est un enfant d'une douzaine d'années : son frère, en maniant un fusil, le déchargea sur lui et lui enleva presque tout le côté gauche de la figure. L'intérieur de la bouche était entièrement à jour, en sorte que la salive en coulait continuellement. M. Blandin a détaché un fragment de peau du front et en a formé la face du nez qui manquait; il en a pris une autre à la région temporale, l'a ramené en bas et en a formé la joue et la commissure gauche des lèvres. M. Blandin fait observer qu'il a conservé l'artère temporale dans le second fragment, contre l'opinion de Diffenbach, qui veut qu'on laisse les grosses artères de côté dans toutes les opérations d'autoplastie.

L'autre sujet est un homme d'une cinquantaine d'années; il portait un cancer au menton qui a nécessité l'ablation de la lèvre inférieure tout entière. M. Blandin a refait cette lèvre avec la peau de la partie antérieure du cou.

M. Velpeau met sous les yeux de l'Académie la colonne vertébrale de ce malheureux garde national dont les journaux politiques ont entretenu le public. Un de ses camarades saute un fossé en chargeant son fusil; le fusil part, et la baguette, encore dans le canon, atteint M. C. Elle travers le corps de la cinquième vertèbre dorsale de gauche à droite, à deux lignes du canal rachidien, et entre dans le côté de la poitrine en traversant le poumon droit jusqu'au cartilage des côtes. Le blessé va droit à l'hôpital de la Charité; on fait diverses tentatives pour extraire la baguette; impossible. Cependant ce jeune homme supportait merveilleusement sa position; il n'avait aucune inquiétude; cela a duré trois jours; après quoi on a entendu un peu de râle crépitant dans le côté droit du thorax, signe certain de la pneumonie; on a fait une, deux et trois saignées; tout annonçait un mieux sensible, lorsque le malade a expiré presque tout à coup, suffoqué par le sang.

M. Velpeau avait parlé de cet accident à M. Charrière, l'un des couteliers les plus habiles en instrumens de chirurgie, et il avait fabriqué une espèce de tire-bouchon avec lequel on aurait certainement extrait le corps étranger. Cet instrument est mis sous les yeux de la compagnie.

M. Ségalas fait voir un enfant de deux ans qu'il a opéré de la pierre, lorsqu'il n'avait encore que trente-trois mois. L'opération a demandé six séances et six semaines de temps. C'est, je crois, le plus jeune des enfans lithotritiés : sous ce rapport, il présente un intérêt tout particulier.

Séance du 11 octobre.

Présidence de M. Louyer-Villermay.

Correspondance officielle.

1° Lettre ministérielle, 8 octobre, avec envoi de la recette et de l'échantillon d'une eau que M. Brierre de



Montrault donne comme propre à guérir les maladies des yeux.

2° Lettre ministérielle, 8 octobre, avec envoi d'un rapport sur une épidémie de fièvres typhoïdes qui a régné dans la commune de Chautrans.

Correspondance manuscrite :

1° Lettre de M. Boucheron : dit posséder la recette d'un remède propre à faire pousser les cheveux, et prie qu'on nomme une commission pour suivre des expériences.

2° Lettre de M. Lafargue sur un nouveau signe propre à faire constater la présence de l'opium dans les liquides contenus dans l'estomac.

3° Lettre de M. le docteur Vérhues de Rabastens : se porte comme candidat à la place de membre correspondant.

Note de M. le docteur Costallat. — Rapport de M. Louis.

M. Costallat a pensé que le climat d'Alger devait être favorable aux phthisiques. Préoccupé de cette idée, il en a écrit à M. le ministre de l'intérieur, lequel a transmis la note de ce médecin à l'Academie, avec prière de lui donner son sentiment.

Le rapport de la commission conclut :

1° Que, dans l'état actuel de la science, rien ne prouve que le climat d'Alger puisse favoriser la guérison de la phthisie.

2° Que, pour savoir à quoi s'en tenir à cet égard, il faudrait, avant tout, rechercher, au moyen d'une statistique bien faite, si la phthisie est rare ou commune à Alger, soit chez les habitans du pays, soit chez les Européens qui y sont établis depuis un espace de temps plus ou moins considérable : si cette maladie, une fois développée marche plus ou moins lentement qu'en France vers son terme fatal.

3° Qu'il serait à désirer, à raison de l'importance du sujet, que l'autorité prît les mesures nécessaires pour recueillir les élémens de cette statistique.

4° Que, dans le cas où elle serait favorable à la proposition de M. Costallat, celle-ci pourrait être jugée au moyen d'un établissement qui contiendrait un nombre de lits très-inférieur à celui qui a été demandé. M. Costallat demande quatre ou cinq cents lits.

M. Bouillaud. Si j'ai bien entendu, M. Louis croit que la science qui, depuis le commencement de ce siècle surtout, a fait de si grands progrès, en est à peu près toujours au même point sur la phthisie. Selon lui, on ne sait même pas ce qui la favorise, ce qui l'éloigne. Si l'on parle des causes prédisposantes, je suis assez de cet avis. On sait seulement qu'il y a des familles entières qui sont moissonnées par cette maladie, on sait qu'elle a le funeste privilége de se transmettre des parens aux enfans. Mais d'où vient et en quoi consiste cette funeste prédisposition ? On en accuse la constitution scrofuleuse ; mais il y en a sans doute bien d'autres causes. Quoi qu'il soit, je laisse de côté les causes prédisposantes, et m'attache uniquement aux causes occasionnelles. Parmi celles-ci, il en est une si évidente et si généralement reconnue, que je m'étonne qu'elle soit niée par M. Louis : je veux parler du froid, et surtout du froid humide. Tous ceux qui ont lu le bel ouvrage de M. Broussais sur les phlegmasies chroniques ne conservent aucun doute à cet égard. Mais peut-être la dissidence qui me sépare de M. Louis sur ce point tient-elle à la manière dont nous envisageons l'un et l'autre la pathogénie des tubercules. Moi, je crois que l'inflammation y prend la plus grande part, et comme les rhumes, les catarrhes, et généralement toutes les phlegmasies pectorales, sont infiniment plus communes dans les pays froids que dans les pays chauds, je m'explique très-bien comment les phthisiques y sont aussi plus nombreux. En d'autres termes, je crois que le froid expose aux inflammations thoraciques, et que les inflammations thoraciques mènent aux tubercules pulmonaires.

M. Louis. Je me suis mis en dehors de toutes ces questions, parce que ce n'était pas ici le lieu de les traiter. M. le ministre demande si le climat d'Alger doit être favorable aux phthisiques, et je réponds que cette question ne peut être jugée *à priori*. M. Bouillaud demande de son côté ce qu'il faut penser de l'influence du froid et de la chaleur sur le développement de la phthisie, et si j'enverrais indistinctement dans tous les climats un sujet prédisposé à cette maladie. Je sais qu'il est d'usage de conseiller les pays chauds aux mauvaises poitrines, et qu'il y a des malades qui en reviennent soulagés ; mais je sais aussi que parmi ceux à qui leurs affaires ne permettent pas de voyager, il s'en trouve qui éprouvent les mêmes soulagemens. Y en a-t-il plus d'un côté que de l'autre ? Encore une fois, on n'en sait rien du tout, et si quelqu'un a des statistiques à cet égard, qu'il les montre, car c'est encore une question de chiffres.

M. Rochoux parle dans le même sens que M. Bouillaud, et tire de l'empressement qu'on met à réprimer les inflammations qui surviennent aux phthisiques une preuve de l'influence qu'on accorde à l'inflammation sur le développement des tubercules.

M. Marc dit que les Anglais sont dans l'usage d'envoyer leurs phthisiques à Madère ; mais si on consulte leurs tables de mortalité, on voit clairement que jamais ni ce climat ni aucun autre n'a guéri une seule phthisie.

M. Piorry ne comprend pas qu'on ose mettre en doute la funeste influence du froid sur la phthisie : la preuve de cette influence, dit-il, il n'est pas besoin de l'aller chercher bien loin, il suffit de savoir qu'il périt beaucoup plus de phthisiques en hiver qu'en été.

M. Segond, correspondant à Cayenne, présent à la séance, dit que, quoiqu'il ne connaisse pas le climat d'Alger, il ose le rapprocher de celui de Cayenne, où le thermomètre se maintient presque toujours entre 24 et 26°. Dans un temps donné, sur 1,013 Anglais, il en est mort 20 de la phthisie pulmonaire ; dans l'hôpital confié aux soins de M. Segond, sur 42 affections de poitrine, il ne s'est trouvé qu'une phthisie ; néanmoins il ne pense pas que le climat de la Guyane française soit plus salutaire qu'un autre aux personnes menacées de la phthisie : il en a vu plusieurs qui ont été forcées

d'abandonner la colonie à cause des accidens qu'elles y éprouvaient. Lui-même y a éprouvé une hémoptysie et des symptômes thoraciques dont il a eu de la peine à se remettre; il va beaucoup mieux depuis qu'il est en France.

Observation sur une hernie inguinale; par M. Bouchard, de Vire.—Rapport de MM. Canuet et Blandin.

Le sujet de cette observation est un homme de cinquante-six ans, qui portait depuis son enfance deux hernies qu'il maintenait à l'aide d'un bandage. Un jour en travaillant aux champs, il éprouva, après un violent effort, une forte douleur; c'était l'intestin qui s'était échappé. Roussel rentre chez lui, et essaie inutilement à le faire rentrer. M. Bouchard ne le vit que vingt-six heures après l'accident. Le pouls était petit, concentré, les vomissemens continus, en un mot, tous les symptômes de l'étranglement.

Après avoir cherché à réduire l'intestin, M. Bouchard propose l'opération, laquelle est acceptée sans difficulté.

Ayant rasé les parties, je fis à la peau une incision oblique de dehors en dedans. Elle commençait un peu au-dessus de l'angle externe de l'anneau, et finissait au-dessous de la tumeur. J'enlevai successivement les diverses couches qui recouvraient le sac; bientôt j'arrivai à celui-ci, que j'ouvris en dédolant, et, à l'instant où je pénétrai dans sa cavité, il s'en échappa avec force un jet de sérosité sanguinolente. J'agrandis d'abord l'ouverture en bas, puis en haut. Alors se présenta le testicule droit, au-dessous duquel était une anse de l'intestin grêle, déjà d'un rouge brunâtre. Je portai, mais avec beaucoup de peine, l'indicateur de la main gauche au-dessous de l'anneau, et, à la faveur de ce doigt, je fis glisser le bistouri boutonné concave; puis, présentant son tranchant aux parties à inciser, je coupai en même temps le collet du sac formé par la tunique vaginale, et le pilier supérieur de l'anneau, en dirigeant l'incision parallèlement à la ligne blanche, suivant le conseil de Scarpa. Je voulus, avant de réduire, faire sortir un peu de l'intestin situé au-dessus de l'anneau, afin de m'assurer de son état; je ne pus y réussir. Quelle était la cause de cette résistance? J'introduisis alors l'indicateur de la main gauche dans la cavité abdominale, et, à deux pouces et demi environ au-dessus du ligament du muscle grand oblique, dans la direction du canal inguinal, je rencontrai un anneau contre nature tellement tendu, et surtout si étroit, qu'il étranglait violemment aussi une anse intestinale. Il me parut long d'un demi-pouce environ, formé de deux piliers très-rapprochés l'un de l'autre. Le pilier supérieur, dont le bord libre offrait une convexité très-prononcée, était excessivement tendu, et contribuait puissamment à l'étranglement; le bord inférieur était concave. Le premier etait évidemmeut adhérent à la portion du péritoine qui recouvre les parois abdominales. Un aide comprima l'intestin placé au-dessus de l'anneau inguinal, afin que je ne pusse le blesser. Je fis longtemps des tentatives avant de pouvoir porter le bistouri boutonné jusqu'au nouvel obstacle. Le danger devint imminent; je sentis d'abord l'intestin s'affaisser, puis s'appliquer sur les côtés de mon doigt, et enfin couvrir sa face palmaire. Cependant je parvins, par de légers mouvemens latéraux, à le placer au-dessous de mon doigt, et aussitôt je cherchai à inciser le pilier supérieur de cet anneau accidentel. La première fois je l'entamai légèrement; une seconde et une troisième fois j'agrandis l'incision; une quatrième tentative fut enfin couronnée d'un plein succès, le débridement fut largement opéré. Je pus alors très-facilement attirer en dehors non seulement l'anse intestinale étranglée par cet anneau, mais encore une portion d'intestin située au-dessus. La première était d'un rouge brunâtre, comme l'anse étranglée par la tunique vaginale; la seconde était parfaitement saine. Dès ce moment il me fut aisé d'opérer la réduction entière des parties déplacées.

Ainsi cette opération offrit deux temps bien distincts: dans le premier, c'est-à-dire depuis l'incision de la peau jusqu'au débridement de l'anneau inguinal, elle fut faite promptement et n'eut rien de particulier; dans le second temps, je veux dire pendant le débridement de l'anneau accidentel, les plus grandes difficultés se présentèrent et ne furent vaincues qu'avec peine; et, chose bien remarquable, Roussel parut presque insensible à la douleur, son pouls resta calme; seulement il se plaignit du froid aux pieds; mais il était à peine couché depuis une demi-heure, que déjà la chaleur était revenue.

Recherches sur un point de l'anatomie pathologique de la phlébite, par M. Tessier.

Le point d'anatomie que M. Tessier cherche à établir. c'est que, dans la phlébite, la matière plastique s'organise de manière à environner le pus, et par conséquent à en empêcher le mélange avec le sang.

Séance du 18 *octobre.*

Présidence de M. Louyer-Villermay.

1° Lettre ministérielle, en date du 14 octobre, avec envoi de la recette et de l'échantillon d'une eau cosmétique.

2° Lettre *idem, idem,* avec envoi de la recette et de l'échantillon de deux recettes contre des *affections rhumatismales, névralgiques et inflammatoires.*

3° Lettre *idem, idem,* avec envoi de la recette et de l'échantillon de plusieurs remèdes secrets dont on ne dit pas les propriétés.

4° Lettre *idem, idem*, avec envoi de la recette et de l'échantillon d'un remède auquel on attribue les propriétés de favoriser la dentition.

5° Lettre *idem, idem*, avec envoi du rapport du médecin-inspecteur des eaux minérales de Chataldon.

6° États des vaccinations de l'Yonne, de la Nièvre et de l'Eure.

Correspondance manuscrite.

1° Remarques expérimentales sur les maladies chroniques, par le docteur Gérard.

2° Lettre de M. Gauthier, pharmacien à Cannes, avec envoi de la recette d'un remède contre les maux dents.

3° Observation d'un kyste séreux développé dans la région parotidienne gauche.

4° Mémoire topographique et médical sur l'île de Corse, par M. le docteur Vanncci.

5° Lettre de M. Laserre d'Agen, qui se porte comme candidat aux places de membre correspondant.

Après le dépouillement de la correspondance, M. Louis revient sur une proposition qu'il a faite dans la dernière séance, et qui est passée inaperçue au milieu de la discussion. L'objet de cette discussion était de savoir si les pays chauds en général, et le climat d'Alger en particulier, sont favorables aux phthisiques. M. Louis a soutenu que, quoique par une sorte d'habitude on les envoie en Italie, à Nice ou aux îles d'Hyères, en réalité on ne sait rien de positif à cet égard. Cependant la question est importante, mais elle ne peut pas être étudiée à Paris. Il faut des observations comparatives. M. Louis a proposé et propose encore de consulter les correspondans de l'Académie dans différens lieux, afin d'avoir des termes de comparaison, et de nommer une commission, laquelle devra rédiger une instruction qu'on leur fera tenir.

Cette proposition, appuyée par MM. Rochoux et Bouillaud, est adoptée.

Observation pour servir à l'histoire de l'opération de l'empyème dans les divers cas d'épanchement pleurétique. Rapport de MM. Sanson et Bouillaud.

Le mémoire de M. Faure contient huit observations que MM. les commissaires font connaître une à une. Sur ce nombre, un malade est guéri; un autre était en voie de guérison lorsqu'il est sorti de l'hôpital, mais il a été perdu de vue; les autres ont été soulagés mais ils sont tous morts.

Néanmoins M. Faure se félicite si sincèrement de ce résultat, qu'il se reproche de n'avoir pas employé plus souvent l'opération à laquelle il l'attribue, et promet bien d'être plus entreprenant à l'avenir. « Lorsqu'un épanchement thoracique spontané a été reconnu, si tous les moyens d'en procurer la résolution ont été employés sans succès, il ne faut pas, dit-il, tarder autant qu'on le faisait autrefois à recourir à la ponction pour l'empêcher de s'accroître et de devenir funeste. »

La commission n'est pas éloignée de ce sentiment, mais elle pense que M. Faure n'a pas été toujours fidèle au principe qu'il pose lui-même, c'est-à-dire que s'il avait employé tous les moyens propres à opérer la résolution de l'épanchement, il n'aurait pas réduit ses malades à la dure nécessité de subir la ponction de la poitrine. Quoi qu'il en soit, les faits rapportés par ce médecin sont fort intéressans, en ce qu'ils prouvent que la pleurésie, abandonnée à elle-même ou traitée par des moyens insuffisans, ne mène que trop souvent à un épanchement dans les cavités des plèvres, et finalement à la mort. M. Faure a saigné, il est vrai, ses malades, mais il ne les a pas saignés assez, et il n'a pas assez rapproché ses saignées, deux conditions indispensables au succès du traitement. La commission n'ignore pas qu'un médecin fort distingué de la Pitié a guéri environ cent quarante pleurésies dans un espace de temps assez court, quoiqu'il n'ait usé que très-modérément de la saignée. Puisqu'il la dit, cela est, nul doute à cet égard; mais M. le rapporteur a vu mourir avec ce traitement, tandis qu'il n'a perdu aucun des malades qu'il a traités, suivant la méthode des saignées *coup sur coup*, pour me servir de ses expressions.

Avec ce traitement, on étouffe la pleurésie presque à son début, et l'on ne donne pas à l'épanchement le temps de se faire; ou s'il est beau de le guérir quand il existe, il l'est encore plus de le prévenir.

M. Rochoux convient que l'opération de l'empyème réussit rarement; c'est une vérité de fait sur laquelle tout le monde est d'accord; mais pourquoi ne réussit-elle pas? c'est ce qu'on n'a pas dit clairement. Il a ouvert un certain nombre de corps qui avaient subi l'opération de l'empyème, et il a trouvé que toujours le poumon était affaissé, la plèvre granuleuse, épaissie: il pense que, dans cet état, la plèvre se prête mal à la dilatation, au développement du poumon; elle est, selon lui, la principale cause de la mort.

M. Sanson ne dira pas son opinion, mais il dira celle de Dupuytren. On sait que ce grand chirurgien eut, entre autres maladies, une pleurésie qui finit par un épanchement dans la poitrine; préoccupé de son état, il lut attentivement les observations de M. Faure et demanda à être opéré. M. Sanson fut mandé: il arriva avec un trois-quart, mais cet instrument fut trouvé trop gros, il revint le lendemain avec un plus petit. Dupuytren n'était plus.

M. Husson rectifie quelques circonstances de cette histoire. Il y eut, dit-il, une consultation composée de cinq médecins: ils se divisèrent sur l'utilité de l'empyème : deux étaient pour, trois contre. En apprenant le résultat, Dupuytren renonça sans doute à sa première idée, car il se réunit à la majorité en disant : *J'aime mieux mourir de la main de Dieu que de la main des hommes.*

M. Bouillaud confirme le récit de M. Husson, et, en effet, dit-il, on ne voit pas comment Dupuytren aurait pu se décider à une opération après laquelle six malades sur sept ont succombé.

M. Nacquart cite, en faveur de l'empyème, l'observation d'un jeune homme de Fontainebleau, lequel fut opéré par M. Roux et survécut plusieurs années à cette opération.

M. Roux se le rappelle fort bien; il se servit d'un trois-quart très-petit, et néanmoins il survint une assez forte inflammation. Au bout de quelque temps, les symptômes d'épanchement ayant reparu, on revint à l'opé-

ration, et ainsi de suite jusqu'à trois ou quatre fois. Ce jeune homme est mort longtemps après la dernière ponction. C'est, ajoute M. Roux, le seul succès que je puisse citer. Il croit cependant qu'il a sauvé un autre malade par le même moyen ; mais il s'agissait, dans ce dernier cas, d'un épanchement purulent.

M. Martin-Solon croit que la question qu'on agite est loin d'être jugée. Il pense, lui, comme M. Rochoux, que le plus grand obstacle au retour du poumon est dans les fausses membranes dont la plèvre est recouverte ; pour faciliter ce développement, il recommande de ne vider la poitrine que peu à peu, et à diverses reprises ; il ne craint pas de faire répéter la ponction, ce n'est pas là qu'est le danger. Malheureusement les épanchemens se font quelquefois sourdement et à l'insu du malade, d'où il arrive qu'ils sont souvent anciens lorsque le médecin est consulté. Il a reçu dans ses salles, à l'hôpital Beaujon, un sujet qui se plaignait d'une affection du bas-ventre ; il le guérit, après quoi il découvrit un épanchement énorme dans l'un des côtés de la poitrine, et dont ce malade ne se doutait même pas.

M. Gérardin croit que c'est à tort qu'on considère l'épanchement comme toujours l'effet de la pleurésie : ce symptôme a plusieurs causes qu'il importe de distinguer, sans quoi il sera toujours impossible de s'entendre sur le traitement.

M. Roche répond que les causes ne sont pas aussi nombreuses qu'on voulait le faire entendre. Ainsi, dit-il, Laënnec a dit dans son livre qu'il était encore à trouver un épanchement qui ne fût pas l'effet d'une pleurésie.

Si M. Blandin a bien entendu les observations dont M. Bouillaud vient de présenter l'analyse, elles ne justifient pas le blâme qu'on jette sur l'opération de l'empyème. Il est mort, à la vérité, six malades sur sept, mais presque tous ont été soulagés. Il croit que le succès de cette opération dépend en grande partie du moment où on la pratique. Si, de bonne heure, les chances de succès sont grandes, elles diminuent, au contraire, si on laisse aux organes le temps de s'affecter gravement. Afin de compte, M. Blandin croit fermement que ce n'est pas tant l'opération qui tue les malades que la maladie pour laquelle elle est faite.

M. Lisfranc parle dans le même sens. Il en est, dit-il, de l'opération de l'empyème comme de l'opération du trépan. Un homme a la tête fracassée, on le trépane, il meurt ; mais pourquoi meurt-il ? est-ce parce qu'il a été trépané ? non, assurément, mais parce qu'il avait la tête fracassée, Il a fait assez souvent la ponction de la poitrine, et lorsque les malades sont morts, ce qui est arrivé souvent, il a toujours trouvé le poumon en très-mauvais état. Aussi, instruit par l'expérience, il ouvre la poitrine des très-bonne heure, ou il ne s'y décide qu'à la dernière extrémité, lorsque les malades ne peuvent plus respirer.

M. Emery dit que c'est bien à tort qu'on accuse toujours la pleurésie des épanchemens qui se font dans les plèvres : il en existe bien d'autres causes. Et, par exemple, il a vu plusieurs fois la disparition subite d'un dartre vive, d'un eczéma, donner lieu à cet accident. Il est même remarquable que, dans ce cas, l'épanchement se fait avec une extrême rapidité : c'est l'affaire de vingt-quatre heures.

M. Renauldin peut confirmer par son expérience l'observation de M. Emery.

M. Castel distingue les épanchemens aqueux d'avec les épanchemens purulens : ce sont deux espèces fort différentes. Les premiers reconnaissent plusieurs causes fort diverses : les seconds, au contraire, succèdent toujours à une inflammation, car il n'y a pas de pus sans inflammation.

Après cette discussion, le rapport de M. Bouillaud est mis aux voix et adopté.

M. Bouvier présente un malade, âgé de quatorze ans, affecté de déviation du rachis. Il montre, sur ce sujet, en quoi consiste l'*inclinaison* de la région lombaire, qu'il faut distinguer de sa courbure. Il fait voir qu'en corrigeant l'inclinaison on ne diminue en rien cette courbure. Il établit une distinction non moins importante entre l'inclinaison de la région cervicale et la courbure dorsale placée plus bas. L'effort des muscles, qui agit sur la première, est sans influence sur la seconde. M. Bouvier se propose d'appliquer à ce malade un appareil à inclinaison, et de le présenter de nouveau à l'Académie après le traitement.

(*Extrait du Journ. hebdom*)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Chlorure de soude. — Hémorrhagies cérébrales. — Prolapsus de la matrice.

M. Chailly rappelle à la Société qu'il l'a déjà entretenue du chlorure de soude, administré comme emménagogue à la dose de trente grains pour une pinte de véhicule. Il a eu occasion de revoir tout récemment une des jeunes personnes auxquelles il avait prescrit ce médicament pour une aménorrhée. Elle est bien réglée et bien portante. Il cite un second cas analogue où il a obtenu le même résultat.

M. Maingault entretient la Société d'un mémoire de M. Rochoux sur les hémorrhagies cérébrales. Dans ce mémoire, l'auteur a nié l'influence du ventricule gauche du cœur sur la production des hémorrhagies cérébrales. M. Maingault ne partage pas cette opinion que repoussent un grand nombre de faits. Il a vu, il y a peu de jours, une petite fille chez laquelle des congestions cérébrales fréquentes et internes sont évidemment liées à une hypertrophie du ventricule gauche. La saignée, qui a fait disparaître une sensibilité excessive de la rétine et le trouble des idées, a prévenu l'hémorrhagie cérébrale. Chez une autre jeune personne dont le cœur est très-volumineux et qui se trouvait sous une menace évidente d'apoplexie, M. Maingault a vu ce danger s'éva-

nouir, grâce à une abondante épistaxis. Il serait porté à croire que l'épilepsie, qui se termine souvent par une apoplexie, est elle-même fréquemment liée à une action trop énergique du cœur. Du moins, est-il toujours parvenu à diminuer la fréquence et la violence des attaques par des saignées répétées, lorsque l'épilepsie ne dépendait pas d'une altération pathologique existant dans l'encéphale.

M. Prus s'élève contre cette assertion de M. Maingault, que l'hémorrhagie cérébrale serait fréquente chez les épileptiques; l'expérience a prouvé le contraire. Il résulte en effet, d'un relevé fait à Bicêtre par M. Lélut, que l'apoplexie se manifeste très-rarement chez les épileptiques. Revenant au mémoire de M. Rochoux, M. Prus établit que l'hémorrhagie cérébrale est fréquemment sous la dépendance des hypertrophies du ventricule gauche du cœur, que cette hémorrhagie est annoncée par des symptômes précurseurs plus souvent que ne le dit M. Rochoux. Si celui-ci n'en a pas tenu un compte suffisant, c'est que ses observations ont été recueillies, pour la plupart, dans les hôpitaux ou il est très-difficile d'avoir des renseignemens exacts sur les antécédens.

M. Delens ne croit pas que M. Rochoux ait commis l'erreur que l'on signale. D'après la théorie de cet auteur, l'apoplexie est précédée, pendant plus ou moins longtemps, d'une affection cérébrale, d'un ramollissement du cerveau, qui se manifeste par des symptômes qui peuvent être considérés comme précurseurs de l'apoplexie.

M. Prus répond que M. Rochoux déclare expressément que le ramollissement particulier, qu'il désigne sous le nom d'*hemorrhagipare*, ne se traduit à l'extérieur par aucun symptôme. Il reconnaît qu'il est très-ordinaire de voir une apoplexie apparaître tout à coup, chez des personnes qui, quelques heures, quelques momens auparavant, se félicitaient de leur bonne santé. Abordant la question du ramollissement apoplectipare, M. Prus dit, qu'ayant très-souvent cherché à le constater sur des cerveaux apoplectiques, soit en présence, soit en l'absence de M. Rochoux, il n'a que bien rarement conservé des doutes sur la non-existence du ramollissement pulpeux, jaunâtre, qui précéderait l'hémorrhagie. Presque toujours, et même dans le cas d'apoplexies promptement mortelles, il a vu les parois du foyer présenter, sous un filet d'eau, un tissu mollasse, lamelleux, flottant, et derrière ce tissu la substance cérébrale, soit jaunâtre et piquetée d'un grand nombre de points rouges ou noirâtres de la grosseur d'une petite tête d'épingle, ou simplement jaunâtre; mais il n'hésite pas à considérer le ramollissement cité, comme dû à la déchirure des vaisseaux et du tissu cérébral, à l'inflammation de ce tissu; quant à la couleur jaunâtre de la substance cérébrale ambiante, il la rapporte a l'imbibition du sang.

M. Delens a examiné plusieurs foyers chez des apoplectiques qui ont présenté des ramollissemens, qu'on ne pouvait pas regarder comme produits depuis peu d'heures ou peu de jours; il n'affirme pas que ces ramollissemens précèdent l'apoplexie dans tous les cas, mais il croit qu'il doit en être ainsi très-fréquemment. Il lui semble difficile de concevoir comment l'impulsion du cœur peut rompre le tissu cérébral, à son état normal, lorsque les vaisseaux sont appuyés et maintenus, de toutes parts, par la substance même de l'organe et par ses enveloppes membraneuses et osseuses. La possibilité de l'hémorrhagie et de la formation d'une collection sanguine dans la substance cérébrale se conçoit, au contraire, très-facilement, si on admet l'altération préalable des vaisseaux et le ramollissement du cerveau.

M. Prus ne nie pas absolument qu'il y ait eu une prédisposition particulière, un changement *inconnu* de texture dans le point du cerveau, devenu le siége de l'apoplexie, changement sans lequel le coup de piston, donné par le cœur, n'aurait pas suffi seul pour produire l'épanchement sanguin. Mais il répète qu'il se croit autorisé à conclure, de recherches nombreuses faites sur ce sujet à Bicêtre, de concert avec M. Rochoux et les élèves de l'hospice, que, si un ramollissement particulier, ne s'annonçant à l'extérieur par aucun symptôme, précède l'hémorrhagie cérébrale, les choses ne se passent ainsi que bien rarement.

M. Prus ajoute que, si on s'étonnait que des mêmes faits, observés en même temps, M. Rochoux et lui aient tiré des conséquences aussi différentes, l'explication serait fort simple. M. Rochoux voyait son ramollissement dans des foyers où il était impossible à M. Prus et à un certain nombre d'élèves de l'apercevoir. La bonne foi était égale de part et d'autre; la Société décidera dans sa sagesse de quel côté était la prévention.

En résumé, M. Prus regarde, comme une exception très-peu fréquente, ce que M. Rochoux donne comme la règle ordinaire et presque nécessaire.

M. Sabatier admet l'influence de l'impulsion du cœur dans la détermination de l'apoplexie cérébrale; mais il ne faut pas méconnaître non plus le rôle que joue alors le système veineux. Si le sang veineux éprouve quelqu'obstacle à son retour dans le ventricule droit, l'impulsion du ventricule gauche sera bien plus puissante pour produire l'apoplexie. M. Sabatier a remarqué que, lorsqu'il existe des ossifications dans les vaisseaux cérébraux, c'est près des points ossifiés que s'opèrent les ruptures.

M. Delens ramène l'attention de la Société sur l'enfant dont a parlé M. Maingault, au commencement de la discussion. Cet enfant a présenté, entre autres symptômes cérébraux, une sensibilité excessive de la rétine. M. Maingault croit l'avoir préservé d'une apoplexie par une forte saignée. M. Delens n'est pas convaincu qu'il existât une congestion sanguine; il pense qu'il s'agissait plutôt d'une forte excitation nerveuse. Ces excitations nerveuses, qui sont communes chez les enfans, cèdent à d'autres moyens que la saignée et notamment au sulfate de quinine à haute dose. M. Delens l'emploie avec un succès constant dans les convulsions et même dans les fièvres cérébrales à leur début. Une petite fille, âgée de 6 ans, avait été prise de convulsions et d'assoupissement, qui persistèrent malgré la saignée. M. De-

lens, profitant d'une rémission survenue dans les accidens, lui fit prendre, dans la soirée et la nuit qui suivirent, 15 grains de sulfate de quinine. Les accidens ne reparurent pas, tandis qu'un autre enfant, qui, à la même époque, se trouvait dans le même cas et qui avait été traité par les saignées seulement, avait succombé, bien que les symptômes eussent paru s'amender après les évacuations sanguines. M. Delens affirme ne pas avoir perdu d'enfans atteints d'affections cérébrales, depuis plusieurs années qu'il les traite par le sulfate de quinine, administré dès le début de la maladie et pendant les intermittences et les rémittences, quelque peu marquées qu'elles soient.

M. Audouard signale, comme caractère des affections cérébrales, le retour périodique des accidens pendant le jour.

M. Jolly ne partage pas cette manière de voir; ayant rapproché un très-grand nombre d'affections périodiques, il a constaté que, le plus ordinairement, les douleurs du système cérébro-spinal ont des retours le soir et pendant la nuit, tandis que les accès des fièvres intermittentes se montrent surtout le matin.

M. Tanchou soumet à la Société le résultat de recherches, auxquelles il s'est livré, et qui établissent que les ligamens larges et les ligamens ronds ne sont pour rien dans la production des prolapsus de la matrice, que c'est à tort que l'on attribue ces prolapsus à leur seul relâchement. M. Tanchou a vu récemment, sur le cadavre d'une fille de 15 ans, les ligamens larges aussi relâchés que chez une femme qui est devenue mère. Cette fille n'avait pas cependant le moindre commencement de prolapsus.

Si l'on coupe ces ligamens et même les ligamens ronds, on éprouve autant de difficulté à abaisser l'utérus que lorsque ces ligamens sont intacts. Nouvelle preuve du peu de part qu'ils prennent soit pour maintenir l'utérus en place, soit dans les chutes de cet organe.

Mais, si on décolle le vagin en laissant les ligamens intacts, on produit le prolapsus qui devient plus complet, il est vrai, lorsque les ligamens larges et ronds sont coupés. C'est donc particulièrement le tissu cellulaire, qui unit le vagin aux parties environnantes, qui sert en même temps à maintenir l'utérus. Les replis du péritoine, qu'on a nommés ligamens larges, ne jouent presqu'aucun rôle pour maintenir l'organe dans ses rapports naturels. Ils sont particulièrement destinés, lors de la grossesse, à prévenir par leur développement graduel la trop forte distension du péritoine par le fait de l'augmentation de volume de l'utérus. Ce sont de véritables duplicatures d'attente. Quant aux ligamens ronds, ils peuvent jouer un rôle dans les derniers temps de la grossesse pour soutenir la matrice et l'empêcher de trop basculer en arrière. Mais, dans l'état de vacuité de cet organe, leur rôle est presque nul.

Les prolapsus du rectum et de la vessie peuvent dépendre également du décollement du tissu cellulaire qui unit ces organes aux parties voisines; ainsi, il n'est pas rare de voir, après une déchirure du périnée, le rectum faire hernie dans le vagin. Cette hernie est fort incommode, on la reconnait en introduisant un doigt dans le rectum.

Dernièrement, ajoute M. Tanchou, une femme affectée d'un cancer utérin et accusant une incontinence d'urine et une gêne particulière dans le vagin, s'offrit à mon observation. Je la touchai debout et ne trouvai rien d'abord; mais la femme étant accroupie, je rencontrai une tumeur pyriforme, fluctuante, formée par la vessie. Chez cette femme, l'utérus malade, ayant acquis un volume considérable, comprimait la vessie, et cet organe, ne pouvant plus se distendre en haut, se développait en bas et en arrière, de manière à faire peu à peu hernie dans le vagin.

Les prolapsus en général étant le résultat du relâchement du tissu cellulaire, les moyens thérapeutiques doivent consister dans tout ce qui peut tendre à raffermir ce tissu, à recoller en quelque sorte les mailles les unes aux autres; la compression par des pessaires appropriés, les astringens, certaines opérations chirurgicales, enfin, dans quelques cas, l'état de grossesse peuvent avoir de bons résultats.

M. Téallier attribue aux ligamens larges et ronds un rôle plus important, comme moyen de sustentation de la matrice, que celui qui leur est accordé par M. Tanchou. Si les prolapsus de la matrice, dit-il, dépendaient seulement du relâchement du tissu cellulaire, ils auraient lieu surtout dans les cas de cysto et de rectocèle, et c'est ce qu'on n'observe pas. M. Téallier a donné des soins à une femme accouchée deux fois naturellement, et chez laquelle, après ces deux accouchemens, il se manifesta une petite tumeur située d'abord derrière le méat urinaire et qui prit peu à peu un plus grand développement. Cette tumeur était formée par la vessie repoussant derrière elle la paroi antérieure du vagin. Chez cette femme, il n'existait pas de prolapsus de la matrice. Au reste, la direction et le siége des douleurs qu'éprouvent les femmes, lorsqu'on tire sur la matrice, prouvent, d'après M. Téallier, l'influence des ligamens pour soutenir cet organe. Les symptômes observés dans les maladies de ces mêmes ligamens ajoutent encore un nouveau poids à cette opinion. Quant aux pessaires, les avantages qu'ils procurent tiennent moins à la compression, qu'ils exercent sur les tissus cellulaires des parties voisines, qu'à ce que le vagin se resserrant au-dessous d'eux, ils soutiennent soit la matrice, soit le rectum ou la vessie, qui tendent à se porter dans la cavité du vagin.

M. Tanchou répond qu'il ne refuse pas absolument aux ligamens larges et ronds une part dans le rôle qu'on leur attribue. Ils ont bien quelque action pour maintenir la matrice, mais ils sont loin d'être, comme on l'a cru généralement, les seuls moyens, à l'aide desquels la matrice est, à l'état normal, maintenue dans ses rapports naturels. Le tissu cellulaire du vagin contribue beaucoup plus que ces replis du péritoine à produire ce résultat.

(*Extrait de la Revue Médicale.*)

PRIX PROPOSÉ PAR LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE DE PARIS.

—

La Société Médico-pratique de Paris, propose pour sujet de prix la question suivante :

« *Faire connaître la valeur des purgatifs dans les maladies aiguës; étudier leur mode d'action; préciser, à l'aide de l'observation clinique, l'opportunité et la mesure de leur emploi.* »

A une époque de la science où la thérapeutique a pris une importance nouvelle, mais surtout où les modes de traitement les plus opposés sont préconisés avec une chaleur égale contre les mêmes maladies, la Société médico-pratique a pensé qu'il importait avant tout au médecin de bien connaître les médications en elles-mêmes. En appelant l'attention sur l'action des purgatifs dans les maladies aiguës, la Société désire que ce soit surtout l'observation clinique qui serve de base au travail qu'elle appelle, et qui touche par tant de points aux questions les plus importantes de l'art de guérir.

Le prix est une médaille d'or de la valeur de 300 francs.

Les mémoires, en latin ou en français, doivent être rendus (*francs de port*), avec les formes académiques ordinaires, chez M. le docteur Alphée Cazenave, secrétaire général de la Société, rue St-Anastase, n° 3, avant le 1er octobre 1838.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS CE VOLUME.

BULLETIN MÉDICAL BELGE.

MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

VARIÉTÉS.

JOURNAUX FRANÇAIS.

LANCETTE FRANÇAISE, GAZETTE DES HOPITAUX.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS.

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE.

PREUSSISCHE MEDICINISCHE ZEITUNG.

THE LANCET.

LONDON MEDICAL GAZETTE.

THE LONDON MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL.

BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ENCYCLOGRAPHIE

DES

SCIENCES MÉDICALES,

TOME DOUZIEME (2me SÉRIE.)

DECEMBRE 1836.



BRUXELLES,

ÉTABLISSEMENT ENCYCLOGRAPHIQUE, FAUBOURG DE FLANDRE.

1836.

BULLETIN MÉDICAL

BELGE,

RÉDIGÉ

PAR UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS,

ET PUBLIÉ SOUS LA DIRECTION DE

J.-R. MARINUS,

DOCTEUR EN MÉDECINE, SECRÉTAIRE-ADJOINT DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES, MEMBRE CORRESPONDANT DE L'INSTITUT HISTORIQUE, DE LA SOCIÉTÉ ROYALE DES SCIENCES, LETTRES ET ARTS D'ANVERS, DES SOCIÉTÉS DE MÉDECINE DE LOUVAIN, DE GAND, DE CAEN, DE LA SOCIÉTÉ POLYTECHNIQUE DE PARIS, DE L'ACADÉMIE DE CHIRURGIE D'AMSTERDAM, ETC.

12me LIVRAISON. — DÉCEMBRE 1836.

BRUXELLES,

ÉTABLISSEMENT ENCYCLOGRAPHIQUE, FAUBOURG DE FLANDRE.

1836.

BULLETIN MEDICAL BELGE.

N° 12. — DÉCEMBRE 1836.

Mémoire sur le traitement des fractures, par l'appareil inamovible; par **Froment** père, médecin de garnison honoraire, chargé du service de santé de l'hôpital militaire de Charleroy, chevalier de la Légion-d'Honneur, membre des Sociétés de médecine de Bruxelles et Louvain, et de la Société des sciences naturelles de Liége.

(Imprimé par décision du Congrès médical de Belgique).

La connaissance de la méthode *inamovible* remonte à la plus haute antiquité et a été usitée chez plusieurs peuples, mais n'a réellement pris place parmi les moyens chirurgicaux de nos jours, que depuis qu'elle a été perfectionnée par le baron Larrey, qui l'a mise en usage avec les plus grands succès.

Il est surprenant que cette méthode qui a été enseignée par plusieurs professeurs de nos Universités, en tête desquels il faut placer MM. Baud et Craninkx à Louvain, et Seutin à Bruxelles, méthode si rationnelle, si efficace, si commode pour le blessé, soit restée aussi longtemps à se faire jour, et soit pour ainsi dire restée le domaine privé de celui qui l'avait régénérée et perfectionneéc. Ce n'est que depuis que M. Hyppolite Larrey fils soutint une thèse (1) sur le traitement des fractures par la méthode inamovible, que l'attention de quelques chirurgiens, amis du progrès, s'est éveillée sur ce procédé, et que des expériences ont été faites en Belgique et communiquées au public médical par mon ami, M. le docteur Seutin, qui ne laisse jamais échapper une occasion de faire faire un pas à la science.

La thèse de M. Larrey fils, écrite avec lucidité et forte de l'expérience du Nestor de la chirurgie militaire, eut dû suffire pour fixer l'opinion de tous les chirurgiens sur l'utilité d'un procédé qui présente toutes les garanties d'une longue pratique, et tous les avantages des autres procédés, sans en partager les défauts. C'est dans cette thèse et dans le mémoire de M. le docteur Seutin que les plus craintifs, les plus timorés, eussent dû puiser la confiance nécessaire pour faire l'application d'une méthode peu répandue, qui n'a besoin pour être bien appréciée que d'être mise en pratique. Les nombreux faits de guérisons obtenues par M. Bérard jeune, et consignés dans les *Archives générales de médecine* (2) en 1833 et 1834, peuvent convaincre tout le monde, de l'utilité et des avantages de cette méthode : en effet, vingt-quatre observations, prises parmi les plus remarquables de celles qui se sont présentées dans la pratique de M. Bérard, offraient assez de garantie pour autoriser tous les médecins à essayer ce procédé, avant de le critiquer, ou de blâmer ceux qui en font usage.

La lettre de M. Rognetta, insérée dans la *Gazette médicale*, en 1834 (1), a pu jeter du doute et détruire une partie de la confiance que devaient inspirer la thèse de M. Larrey fils, le mémoire de M. le docteur Seutin et celui de M. Bérard ; mais les faits recueillis par le docteur Rognetta, au nombre de trois seulement, peuvent-ils contrebalancer le résultat de la longue pratique du baron Larrey, dont le savoir et la bonne foi ne peuvent être mis en doute, ainsi que les 24 observations recueillies à l'hôpital Saint-Antoine, par M. Bérard, et les observations faites à l'hôpital Saint-Pierre de Bruxelles, par le docteur Seutin? Je ne le crois pas : MM. Rognetta et Breschet ont expérimenté sur trois individus seulement; le premier a été soumis pendant deux mois au traitement inamovible, et après ce temps la fracture n'étant pas consolidée, on a été obligé d'appliquer un appareil ordinaire à fracture ; le deuxième est aussi resté deux mois et quelques jours dans l'appareil; au bout de ce temps la fracture n'était guère consolidée, et les fragmens chevauchaient considérablement l'un sur l'autre: le membre fracturé a été par conséquent remis dans un appareil ordinaire, et, malgré ces précautions, trois mois et demi après ces accidens, les fractures de ces deux malades, qui étaient d'une fort bonne constitution, n'étaient pas encore consolidées. Quant au troisième malade, ajoute M. Rognetta, son cas était si grave dès le commencement, et accompagné de circonstances si extraordinaires, que l'insuccès ne pouvait être attribué à la méthode inamovible. Pour donner plus de force à son opinion, le même médecin invoque un autre fait : « M. Bérard a bien voulu, dit-il, ôter en ma présence » un appareil inamovible de la jambe d'une femme qui » avait une fracture simple depuis deux mois, et qu'il » croyait déjà consolidée, eh bien! à la levée de cet » appareil, il n'y avait pas de consolidation ; les fragmens étaient encore très-mobiles, et après cinq mois » de traitement la malade était encore à l'hôpital. »

L'homme impartial trouvera-t-il dans ces trois faits des raisons suffisantes pour rejeter une méthode qui,

(1) Insérée par extrait en 1832 dans le tome II, Encyclographie des Sciences médicales (*Lancette française*, page 16).

(2) Tome XI de l'Encyclographie des Sciences médicales.

(1) Tome XXI de l'Encyclographie des Sciences médicales.

pour ces trois revers, compte cent succès? non sans doute, surtout lorsque l'on considère que M. Rognetta lui-même avoue « 1° que dans l'état actuel de la science, » l'appareil inamovible doit rester en chirurgie pour » des cas exceptionnels de fracture de membres, lors- » qu'on se trouve sur un théâtre militaire, qu'on a beau- » coup de fractures à panser, et que les circonstances » impérieuses de la guerre obligent les malades à voya- » ger d'un endroit dans un autre durant leur traitement; » dans cette circonstance, l'appareil inamovible offre » des avantages inappréciables, car les malades ainsi » pansés, peuvent impunément supporter le cabos des » voitures, etc., etc.; 2° lorsqu'un accident de ce genre » arrive en voyage à une personne qui ne peut s'arrêter » longtemps pour se faire traiter; 3° lorsqu'on a à soi- » gner des fractures dans des campagnes, et que la po- » sition du malade et celle du médecin ne permettent » pas à celui-ci d'aller le panser aussi souvent qu'il se- » rait nécessaire; 4° dans les cas de fracture chez les » enfans indociles; dans ces cas, l'appareil inamovible » nous paraît pouvoir être d'une utilité non médiocre. » Dans la pratique civile, ajoute ce médecin, et surtout » en ville, où le nombre de médecins abonde, et où les » malades peuvent exécuter toutes les ordonnances du » chirurgien, on aurait tort de se servir de l'appa- » reil inamovible, à moins de circonstances particu- » lières. »

Les raisons alléguées contre la méthode inamovible sont si insignifiantes, qu'en vérité il est presque superflu de chercher à les combattre. En effet, quelle induction peut-on en tirer si ce n'est 1° que de toutes les méthodes connues, elle est la seule qui, par sa solidité et l'immobilité qu'elle imprime aux fractures, peut permettre de transporter sans danger, et à de longues distances, un blessé; 2° que cette méthode est la plus certaine, puisque un villageois peut se passer des soins assidus de son médecin, avantage qui n'en serait pas un, et devrait faire rejeter le procédé, s'il exposait le malade à une fausse articulation, ou à un traitement qui se prolongerait au delà du terme ordinaire des autres traitemens; il y aurait de l'inhumanité à employer un appareil qui pourrait ainsi exposer le malade; 3° pourquoi encore l'employer sur un enfant indocile, lui dont l'indocilité serait suffisante pour empêcher la formation du cal, et occasionner des chevauchemens? pourquoi donner le choix à un appareil que l'on suppose, très-gratuitement, propre à procurer les accidens que l'on veut éviter? Disons le franchement, les allégations de M. Rognetta ne sont pas fondées, et ne peuvent rien contre la confiance que doit inspirer la méthode inamovible; et loin de trouver des causes de réprobation, on peut s'assurer que cet appareil tient plus que tout autre les extrémités fracturées, dans un contact immédiat en les fixant solidement; résultat qui s'obtient toujours très-difficilement par les autres méthodes, qui ont toutes pour but de maintenir dans la rectitude et dans l'immobilité les os fracturés, conditions nécessaires pour une guérison parfaite, et pour une prompte consolidation. Eh bien! la méthode inamovible ne réunit-elle pas au plus haut degré tous ces avantages? Est-il un autre appareil connu qui doive lui être préféré, et qui puisse, en assurant l'immobilité de la fracture, permettre des mouvemens semblables à ceux que peuvent exécuter les blessés soumis à ce genre de traitement? Oserait-on, par toute autre méthode, permettre à un fracturé de changer de position, de se placer dans un fauteuil, de marcher, de voyager? non sans doute; et cependant avec la méthode inamovible, une fois que les accidens primitifs sont dissipés, une fois habitué à l'appareil, il n'en éprouve ni gêne ni douleur, rien n'empêche de le considérer jusqu'à un certain point comme en dehors de toute condition morbide (1). Le traitement des complications n'est nullement entravé, puisque c'est dans ces complications que des succès inattendus ont été obtenus; les fractures communitives, produites par des armes à feu, ne contre-indiquent pas son application; l'immobilité prolongée n'entraîne pas, comme on serait tenté de le croire, la fausse ankylose du membre. Je le répète, l'appareil inamovible a tous les avantages des autres méthodes, sans en partager les inconvéniens.

L'idée de laisser un membre fracturé pendant 30 ou 40 jours dans un appareil inamovible, épouvante, je le sais, le praticien qui n'a pas été en position d'expérimenter par lui-même, surtout lorsque la fracture est compliquée de plaies: que deviendra le pus? voilà la première question qui se présente. Suivez au lit du malade, la thèse de M. Larrey fils, vous apprendrez bientôt « qu'après le dégorgement de la plaie, survient la » période de suppuration; le pus se forme dans le foyer » de la fracture, il suinte, s'écoule entre les lèvres » assez rapprochées de la plaie, pénètre les compres- » ses immédiates, et peu à peu parvient à s'épancher » en nappes, dans les différentes pièces de l'appareil. » Jusques-là il faut ordinairement un temps assez long, » et alors, comme le démontre l'observation des faits » multipliés à l'infini, le travail de suppuration s'ar- » rête définitivement; il ne doit plus continuer. D'abord » la matière purulente occupe à peu près l'espace rem- » pli auparavant par les parties tuméfiées, mais sa force » d'expansion ne va pas plus loin à cause de la plus » grande force compressive de l'appareil, surtout si on » a resserré les lieus. Le pus ne peut non plus refluer » ni s'infiltrer sous les tégumens, à cause de la même » force qui comprime le membre dans tous les points; » c'est donc un nouvel obstacle à l'abondance de la » matière purulente; elle éprouve alors divers change- » mens à la fois et se partage, pour ainsi dire, en plu- » sieurs parties; l'une absorbée, l'autre s'épanche » définitivement entre les tégumens et les pièces de l'ap- » pareil, ou dans celles-ci en même temps; une troisième » partie s'évapore après transsudation; et la dernière » se concrète, forme une espèce de couche autour du » membre et dans l'appareil, laquelle en se combinant » au liquide résolutif, se dessèche de plus en plus avec » lui, et ajoute singulièrement à la solidité du ban-

(1) Larrey fils.

» dage ; le pus à l'abri du contact de l'air ne contracte » aucune propriété malfaisante que cet agent lui com- » munique. »

Cette théorie de M. H. Larrey est conforme à l'expérience, et ma pratique m'a fourni plusieurs faits qui attestent que les choses se passent ainsi ; j'ai été surpris en levant l'appareil de trouver des vastes plaies parfaitement cicatrisées après quatorze jours de son application. Car, je dois l'avouer, malgré la confiance que devaient m'inspirer les ouvrages cités, dans le premier temps que j'employais cette méthode, je n'étais pas du tout tranquille sur les suites des plaies qui compliquaient les fractures, et je n'osais pas dépasser le 14e jour sans lever l'appareil.

Ne perdons pas de vue que pour faire triompher la méthode inamovible, il faut faire disparaître les reproches qu'on lui adresse. Le docteur Rognetta, d'après ses trois observations, semble inférer que cette méthode retarde la formation du cal ; il en cherche la cause, non pas dans un vice de la constitution ni dans l'indocilité du malade, mais dans un défaut de la méthode. L'appareil en se desséchant, dit-il, laisse un espace de quelques lignes entre la surface du membre fracturé et ses premières bandes ; cet espace permet à l'action musculaire de s'y exercer, et par conséquent de produire le déplacement et le chevauchement des fragmens. De là résulte 1° que la consolidation, quand elle a lieu, exige plus de temps qu'à l'ordinaire pour s'accomplir ; car les fragmens n'étant pas en rapport, convenable, la nature a besoin de plus d'effort, et par conséquent de plus de temps pour affermir les deux os qui chevauchent ; 2° que ce même manque d'assujettissement suffisant des fragmens est une cause de non consolidation, ainsi qu'on l'avait déjà remarqué (Boyer). MM. Nalunba et Petrunti, professeurs à Naples (1), pensent au contraire que la compression exercée par l'appareil inamovible sur un membre fracturé, peut être la cause de la non consolidation, parce que les fractures ne se réunissent pas, ni quand l'inflammation est en excès, ni quand elle manque tout à fait ; il s'ensuit que les membres fracturés, placés longtemps dans l'égale compression d'un appareil inamovible, doivent rester dans l'inaction, avec très-peu ou point d'inflammation, une inflammation suffisante peut-être pour la réunion des parties molles, mais trop faible et impuissante pour la consolidation des os. Ces praticiens basant leur théorie sur les deux faits qui leur ont été communiqués par M. le docteur Rognetta, et sur un cas d'insuccès qui s'est présenté dans leur pratique, et sans tenir compte des nombreuses guérisons obtenues par d'autres, décident : « qu'il est facile de comprendre comment une » fracture enfermée dans un appareil inamovible ne » *peut* et ne *doit* pas se réunir. » Voilà une sentence bien décisive, qui condamne l'appareil inamovible, mais qui n'est pas sans appel au tribunal de l'expérience, car les nombreux succès obtenus sont des témoins irréprochables, qui doivent avoir un certain poids dans la question en litige et que le juge de bonne foi ne peut récuser sans examen.

La première question qui se présente est celle ci : Est-il constant que l'appareil inamovible entrave la consolidation d'une fracture ?

Si l'on a égard à la longue pratique du baron Larrey, aux observations de M. Bérard jeune, de M. le docteur Seutin et de tant d'autres qui ont employé cette méthode, on répondra négativement ; car deux ou trois faits isolés, pris parmi un grand nombre d'autres qui ont été couronnés de succès, ne suffisent pas pour généraliser cette assertion ; il n'est donc pas constant que l'inamovibilité et la compression du membre dans le cas de fracture soient la cause de la non-consolidation. Maintenant examinons si l'espace laissé entre l'appareil et le membre, par suite du dégorgement, a réellement lieu ; cette question peut être résolue par l'affirmative. L'expérience m'a prouvé, et me prouve encore chaque jour, qu'après les premiers accidens passés il se fait un vide qui est plus ou moins grand, selon que l'appareil a été plus ou moins bien appliqué, ou que le membre s'est plus ou moins dégorgé ; mais ce vide est-il un bien ou un mal ? D'après M. Rognetta c'est un mal, car il s'oppose à la formation du cal et favorise le chevauchement ; d'après les professeurs de Naples ce serait un bien, car le membre étant moins comprimé, la possibilité de légers mouvemens s'opposerait aux accidens redoutés par le docteur Rognetta, et c'est parce que ces chirurgiens ne croient pas à ce relâchement qu'ils rejettent la méthode. Je crois, après cela, qu'en prenant le juste milieu entre ces différentes opinions, on parviendra à en faire surgir la vérité.

Il est certain que si l'appareil inamovible se relâche au point de permettre le chevauchement des os fracturés, l'appareil ne remplit pas son but ; dans ce cas il faut le resserrer ou le changer ; au contraire, si par un gonflement opiniâtre l'appareil comprimait trop fort, il serait nécessaire d'en appliquer un autre, avec toutes les précautions indiquées dans l'ouvrage de M. Larrey fils et dans le mémoire de M. le docteur Seutin, parce que, comme l'observent très-judicieusement MM. Nalunba et Petrunti, l'inflammation nécessaire à la consolidation des os fracturés, ne saurait avoir lieu sans une expansion et une turgescence active des capillaires. Mais remarquons bien que ces reproches sont applicables à toutes les méthodes connues, et que de tous temps, sous l'empire de tous les traitemens, il a toujours existé, dans certains cas, des fractures qui ont eu beaucoup de peine à se consolider. Au surplus, je reste convaincu que si la pression de l'appareil inamovible peut, en apparence, s'opposer à la circulation capillaire, cette circulation peut-être considérablement augmentée par les mouvemens, et le plan perpendiculaire que l'on peut, à volonté, faire prendre au membre, sans danger pour le déplacement de la fracture ; mouvemens et position bien plus propres à activer la circulation, et la turgescence nécessaire pour entretenir l'inflammation ad-

(1) Réponse à M. Rognetta, *Gazette médicale de Paris*, tome XXVII de l'Encyclographie des Sciences médicales.

hésive, que le changement d'appareil exécute à des époques plus ou moins éloignées, et qui deviendrait cause de non-consolidation, si on le répétait trop souvent, tandis qu'en employant l'appareil inamovible, il suffit de faire mettre le malade debout, ou de lui faire descendre le membre du lit, pour occasionner de suite une turgescence, un gonflement qui remplira bientôt le vide de l'appareil ; manœuvre qui peut se faire dans tous les temps sans incommoder le blessé, et sans exposer la fracture à des déplacemens. Lorsque l'on considère que les causes les plus fréquentes de déplacement et de non-consolidation tiennent, dans le plus grand nombre des cas, à l'indocilité des malades, et à l'insuffisance des moyens contentifs, peut-on méconnaître la supériorité de la méthode inamovible, qui est la seule, parmi toutes les méthodes connues, qui remplisse ces différentes indications? Peut-on lui refuser la première place parmi les moyens que l'art possède? si le défaut de consolidation tient à un vice constitutionnel, c'est encore à l'appareil inamovible qu'il faut avoir recours; dans ces cas comme dans les fractures compliquées, le malade étant astreint pendant un fort long laps de temps à garder le lit et l'immobilité parfaite, il faut nécessairement donner la préférence au moyen qui permettra le plus de mouvement possible, et qui soutraira ainsi le blessé aux tourmens d'une immobilité qui entraîne souvent, et particulièrement chez les vieillards, un état de marasme qui le conduit bientôt à la mort. Dans cette circonstance, et lorsque l'art était privé de la ressource de l'appareil inamovible, je me suis toujours plus occupé de la santé générale du malade que des suites de la fracture, et jamais je n'ai tenu compte des difformités qui pouvaient résulter des mouvemens que je permettais; aujourd'hui qu'au moyen du procédé que nous recommandons, on peut obvier à ces graves inconvéniens, peut-on en négliger l'emploi, surtout alors qu'il est avéré que les reproches qui lui sont adressés ne supportent pas un examen sérieux, et qu'ils ne sont basés que sur trois faits qui sont loin de prouver en défaveur de la méthode. Je suis convaincu que si cet appareil avait été continué dans les cas qui se sont présentés à l'observation des praticiens dont nous avons parlé, la consolidation ne se serait pas plus fait attendre par ce moyen que par le bandage ordinaire qui lui a été substitué, et auquel on pourrait attribuer la guérison de ces deux blessés; mais à des faits il faut répondre par des faits:

Un chasseur à cheval entre dans mon hôpital avec une fracture oblique de la cuisse gauche; il est traité pendant trois mois par la méthode ordinaire, à laquelle on a ajouté l'appareil à suspension de Mayor de Lausanne; au bout de ce temps, et sans ma permission, le malade se lève, fait une chute, et se casse la cuisse de nouveau, à l'endroit de la première fracture, dont le cal était encore très-flexible; l'appareil inamovible, perfectionné par le docteur Seutin, lui fut appliqué; au bout de deux mois la consolidation était parfaite, et le troisième mois il sortit de l'hôpital parfaitement guéri, ne laissant apercevoir, pour ainsi dire, aucune trace de son accident; il put monter à cheval et supporter au camp les manœuvres qu'y fit la cavalerie.

On voit dans cette observation que la méthode inamovible a produit un effet absolument contraire à celui rapporté par M. Rognetta; on est donc porté à croire que si son premier appareil avait été appliqué aussi bien que son second, et continué pendant le même laps de temps, il serait arrivé au même résultat. Quant au dire de MM. Nalunba et Petrunti, qui affirment qu'une fracture enfermée dans un appareil inamovible ne peut pas et ne doit pas se réunir, on voit que leur assertion ne présente pas la moindre confiance, puisque de nombreux faits attestent le contraire, et qu'au surplus leur théorie n'est pas du tout conforme à la manière d'agir du bandage, lorsqu'il est bien appliqué. En effet, ce bandage est plutôt contentif que compressif; et il joue cependant ces deux rôles à différentes époques de la maladie : dans la période d'irritation, d'inflammation, il est compressif jusqu'au moment où le dégorgement s'opère; cette action ralentit la circulation sanguine et active l'absorption, et s'oppose ainsi au développement de l'inflammation; cette période une fois passée l'appareil n'est plus que contentif, il faut même parfois le resserrer, si toutefois il s'éloignait trop du membre; dans cet état, les muscles, quoique légèrement et uniformément comprimés, peuvent se contracter, mais pas assez pour occasionner le déplacement des extrémités fracturées, qui pourraient bien soulever les pièces d'un appareil ordinaire, composé de linge seulement, mais qui ne sauraient vaincre la résistance opposée par la roideur des pièces qui composent l'appareil inamovible. Cela est si vrai, que plusieurs malades m'ont assuré, quoique leur membre fut enfermé dans cet appareil, qu'ils pouvaient remuer les orteils; mouvement qui ne peut s'exécuter sans se communiquer à une grande partie des muscles, et qui suffit pour entretenir la circulation capillaire dans un état assez actif, pour développer le travail inflammatoire, nécessaire à la formation du cal. C'est donc au moment où la nature a besoin de nouvelles ressources, que l'appareil inamovible lui en procure: c'est en se prêtant à sa volonté, en la mettant à l'aise, qu'elle lui offre toutes les conditions nécessaires pour accomplir sa mission. Quel est entre tous les appareils connus celui qui peut offrir de tels avantages? aucun! tous étranglent le membre, le compriment par saccades, le tiraillent, le font souffrir et offrent bien moins de certitude contre les difformités et les non-consolidations; et bien certainement les guérisons radicales qui ne pourront s'obtenir par la méthode inamovible, ne s'obtiendront par aucune autre méthode.

MM. Nalunba et Petrunti, après avoir dit qu'une fracture ne peut et ne doit jamais guérir sous l'empire du traitement inamovible, et ne pouvant réfuter les nombreuses guérisons obtenues par le baron Larrey, finissent par établir une très-grande différence entre cette méthode, et celle employée à l'Hôtel-Dieu par M. Breschet: différence qui consiste en ce que ce dernier a formé son étoupade de 30 à 40 blancs d'œufs, tandis que M. Larrey n'en emploie que 4 ou 5, ce qui fait que le membre moins

comprimé n'est pas sous l'empire d'un appareil expulsif. J'ignore s'il existe une différence entre la manière d'agir de l'étoupade du baron Larrey et celle employée par M. Breschet n'en ayant pas fait l'expérience, mais je puis affirmer que ce raisonnement est absolument faux; car je ne connais pas d'étoupade plus solide que l'amidon et les cartons employés par M. le docteur Seutin; et malgré cette solidité si parfaite, malgré cette botte de carton qui enveloppe tout le membre et qui est d'une fermeté à toute épreuve, qui résisterait, je crois, à un projectile lancé par la poudre, j'ai toujours vu guérir radicalement mes malades, et je n'ai jamais eu de difformité qui fut digne de porter ce nom.

Voici un exemple frappant des grands avantages de la méthode inamovible, et qui répondra à beaucoup d'objections faites par ses antagonistes :

Pierre Simon, ouvrier, âgé de 54 ans, d'une constitution faible et usée par la misère, est enlevé par un cordage qui servait à élever le minerai dans un haut fourneau; arrivé au rouage qui formait le point d'appui, son bras s'y introduit et se fracture; il lâche prise et retombe sur le sol, où il se casse la jambe et se fait une large plaie à la tête; il y avait environ deux heures que l'accident était arrivé lorsque je fus appelé près du blessé.

L'avant-bras gauche était fracturé au milieu; une deuxième fracture avait brisé l'extrémité supérieure du radius et du cubitus, à environ un pouce de l'articulation du coude; l'humérus était fracturé obliquement à sa partie moyenne, et une deuxième fracture existait à un pouce environ au-dessus de l'articulation du coude, de manière que cette articulation contenait trois fragmens; le bras tuméfié, déformé, raccourci, présentait, pour ainsi dire, une forme ovoïde; les douleurs étaient atroces, et tout faisait croire à la nécessité d'une prompte amputation.

La jambe droite était fracturée à deux pouces au-dessus de l'articulation du pied, qui était lui-même luxé en dehors et de manière que l'extrémité du tibia reposait sur le sol. A la hauteur de la fracture, il y avait une plaie large et profonde qui descendait le long de la face interne du tibia, et qui correspondait à un foyer sanguin qui s'était formé dans la région du tendon d'Achille où il existait un grand décollement, et d'où il s'échappait par la moindre compression, une très-grande quantité de sang veineux, partie fluide, partie coagulé. Les chaires de la plaie étaient dans un état complet d'attrition, et le membre était aussi excessivement gonflé.

Plein de confiance dans les succès obtenus dans des cas très-graves, par le baron Larrey, j'éloignai toute idée d'amputation, et je me décidai à employer l'appareil inamovible, ainsi que l'a modifié M. Seutin.

Je fis d'abord fléchir l'avant-bras sur le bras en lui donnant la position d'une équerre; puis un aide saisissant le bras sous l'aisselle et par le coude, faisait extension et une contre-extension perpendiculaire; tandis qu'un autre aide exerçait une extension horizontale sur l'avant-bras.

Cinq doubles de bandelettes de toile, enduites de la solution amylacée, furent appliquées successivement, depuis l'extrémité des doigts jusqu'à la partie supérieure du bras; ces bandelettes furent appliquées sans exercer aucune compression et seulement collées sur la peau. J'avais préparé deux bandelettes de carton qui avaient toute la longueur du bras, et la forme de la flexion que j'avais donnée au membre; ces deux pièces de l'appareil, après avoir été mouillées et enduites d'amidon, furent appliquées sur les deux parties latérales du bras fracturé, qu'elles embrassaient circulairement en laissant environ un pouce entre les intervales de leurs bords; elles étaient tenues en place par une bande roulée, qui, comme ces attelles, partait des extrémités des doigts et venait se terminer en haut du bras.

Cet appareil ne fut pas plus tôt appliqué que toutes les douleurs du membre cessèrent.

Le pied ramené dans sa position naturelle, ainsi que les fragmens du tibia et du péroné, furent enfermés dans l'appareil inamovible, sans égard pour la plaie, qui fut recouverte d'un peu de charpie; immédiatement après l'application du bandage les douleurs atroces qu'éprouvait le malade cessèrent; il fut saigné et mis à la diète des maladies aiguës. Le sang de la plaie qui continuait à couler, se fit jour en-dessous de l'appareil et vint sortir par ses bords en-dessous de la rotule.

Au bout de 8 jours, le bras était tellement dégonflé qu'il existait entre lui et l'appareil un écartement de deux ou trois lignes, et le malade, par le moindre mouvement, sentait crépiter la fracture de la partie moyenne de l'humérus; toutefois ceux du coude et de l'avant-bras n'éprouvaient aucun déplacement. L'écartement étant trop fort pour essayer de le resserrer, je me déterminai à le lever et à en appliquer un autre; ce qui fut opéré avec toutes les précautions possibles pour ne pas déranger les fragmens.

La grande quantité de sang qui s'était fait jour par le haut de l'appareil, les craintes des assistans et du malade, les effets de la suppuration que je craignais moi-même, me déterminèrent à lever l'appareil de la jambe le dixième jour; à mon grand étonnement je trouvai la plaie cicatrisée, et le membre dans l'état naturel; il existait déjà une légère adhésion des os fracturés, et le pied ne quittait pas son articulation; comme la grosseur du membre était celle de l'état naturel j'eus bien soin de ne pas serrer les pièces du nouvel appareil; toutes les bandelettes furent absolument collées sur la peau, sans exercer le moindre tiraillement pour les assujettir. Quand cet appareil eut acquis assez de solidité, par sa dessiccation, les attelles furent ôtées; et dès ce moment le malade put se livrer à tous les mouvemens qu'il désirait faire pour se mettre à l'aise; la nourriture lui fut rendue et bientôt il recouvra une santé parfaite.

Au bout de deux mois, j'enlevai l'appareil de la jambe, et je trouvai le membre parfaitement consolidé, et les mouvemens de l'articulation du pied très-libres; mais cette articulation étant encore gonflée, je remis un appareil avec l'étoupade du baron Larrey; et comme,

à cause de la fracture du bras, le malade ne pouvait pas s'aider, et qu'il eut été obligé de trop s'appuyer sur la jambe, je laissai ce dernier appareil en place encore quinze jours; de manière qu'après dix semaines, la consolidation était parfaite.

Le malade se plaignant d'une gêne de la main, par suite de l'application de l'appareil inamovible, je me décidai à le fendre jusqu'au pli du poignet; le malade en fut soulagé, mais la main se gonfla assez fort, ce qui me détermina, au bout de trois semaines, et par conséquent environ cinq semaines après la première application, à changer l'appareil pour lui en substituer un autre, après avoir appliqué le gantelet au moyen d'une petite bande enduite de colle. A cette époque, la fracture du bras et celles du coude étaient bien consolidées; les mouvemens de flexion et d'extension pouvaient s'exécuter, mais non pas les mouvemens de pronation et de supination; la fracture de l'avant-bras, au contraire, présentait peu de solidité; ce que j'attribuai à la trop grande liberté que j'avais donnée à la main, et à l'articulation du poignet, que le malade mettait continuellement en mouvement pour entretenir la liberté du membre; nul doute que ce mouvement, qui se répétait deux cents fois dans une journée, se communiquant aux extrémités fracturées, se sera opposé à la prompte consolidation qui était si parfaite dans les autres fractures du même membre, qui, par leur position, ne pouvaient ressentir assez fortement les oscillations de la part du mouvement de la main. L'appareil du bras fut enlevé, comme celui de la jambe, dix semaines après sa première application, et alors le membre fut trouvé parfaitement consolidé dans toutes ses parties; tous les mouvemens pouvaient s'exécuter, hors ceux de pronation et de supination, qu'il n'a pas encore recouvrés.

Le gantelet appliqué aux doigts, dans l'intention de s'opposer au gonflement de la main, n'a pas répondu à mon attente; les doigts, trop immobiles pendant trois semaines, ont conservé une rigidité dans les articulations, ce qui me porte à croire que si ce moyen avait été continué, on les eut trouvés ankylosés. Il est évident que pour tirer tous les avantages possibles de l'application de cet appareil, il faut qu'il soit posé de manière à contenir le membre sans le comprimer; afin que l'action des fibres musculaires puisse s'exercer encore, mais faiblement et de manière à permettre aux articulations des mouvemens insensibles, qui suffisent pour entretenir leur mobilité, et la circulation capillaire nécessaire au degré d'inflammation convenable pour activer la formation du cal.

Cette observation, une des plus graves qui puissent se rencontrer en chirurgie, à cause de la nature des articulations qui étaient compromises, et du nombre des fractures existantes sur le même membre, prouve tout le parti que l'on peut tirer de l'appareil inamovible; elle prouve aussi que l'étoupade résolutive de Larrey n'est point indispensable pour accélérer la résolution, et que la promptitude de l'exécution de ce phénomène vital tient plutôt à l'immobilité des os fracturés, et à la pression douce et uniforme des pièces de l'appareil, qu'aux propriétés résolutives des médicamens qu'on a cru devoir employer pour obtenir ce résultat. On voit aussi que les ablutions d'eau froide ne sont que d'un effet secondaire, puisque chez mon malade je n'ai eu recours ni à l'un ni à l'autre de ces moyens, et qu'aucun accident n'est venu entraver la marche de cette maladie. Cependant, comme il ne faut pas tirer une conséquence générale d'un fait isolé, je suis loin de proscrire l'étoupade de Larrey, et les ablutions d'eau fraiche, pour accélérer la résolution et la cicatrisation des vastes plaies qui accompagnent parfois les fractures faites par des armes à feu.

Dans les cas où des ablutions réfrigérantes deviendraient nécessaires, il me semble qu'on pourrait utiliser avec avantage l'appareil à suspension de Mayor, en le combinant avec la méthode inamovible. Comme nécessairement l'humidité doit ôter une grande partie de la solidité à cette méthode, et que dans cet état elle ne présente guère plus de garantie que les autres appareils, on peut, en plaçant le membre sur la planchette suspendue du chirurgien de Lausanne, lui assurer un degré d'immobilité qui s'oppose à tout déplacement, tout en accordant au malade une facilité de se mouvoir, qu'on ne peut obtenir en se privant de cette ressource, sans s'exposer à des déplacemens; pour arriver à ce résultat il faudrait que la planchette de Mayor fût excavée dans son centre en forme de gouttière, à l'extrémité de laquelle on en fixerait une autre en plomb, destinée à conduire hors du lit du malade, l'eau surabondante résultant des ablutions.

La planchette pourrait aussi être remplacée par une gouttière en fer blanc, car dans ce cas de réunion des deux procédés, la forme de la planche est indifférente, et l'amélioration ne consiste que dans la suspension du membre.

La méthode inamovible laisse un champ libre à la perspicacité du chirurgien, et son application peut être faite à toutes les fractures; elle est susceptible d'une foule de modifications et d'usages divers : c'est ainsi qu'on l'emploie avec avantage contre le pied-bot, dans l'entorse, dans les luxations, dans les plaies, dans les ulcères, toutes les fois qu'on a besoin de l'immobilité, d'une compression ou de priver les tissus affectés du contact de l'air atmosphérique.

J'ai employé cette méthode, dans ces différens cas, et toujours j'ai obtenu les plus grands avantages de son application; il en est de même dans le traitement de la fracture du col du fémur, où cet appareil l'emporte incontestablement sur toutes les autres méthodes; il offre l'avantage inappréciable de permettre des mouvemens que, dans toute autre circonstance, le chirurgien n'oserait laisser opérer. Il suffit de jeter un coup d'œil sur la thèse de M. Hyppolite Larrey, pour se convaincre des résultats que peut procurer cet appareil.

On ne saurait donc trop recommander aux praticiens l'usage de cette méthode, qui a besoin de la plus grande publicité possible, car, il faut l'avouer, elle est encore ignorée du plus grand nombre, et connue imparfaitement par certains chirurgiens, qui n'en ont entendu parler que comme d'un moyen curatif applicable aux

armées seulement, et qui n'offre d'autre avantage qu'une économie de temps dans les pansemens : idée qui s'est communiquée au public et qui s'oppose aujourd'hui, particulièrement dans les campagnes, à la propagation de cette méthode, qui est cependant destinée à occuper le premier rang parmi les moyens que l'art possède pour le traitement des fractures, quelque compliquées qu'elles soient ; car en supposant que dans certains cas son application ne puisse être continuée, par le développement d'un gonflement excessif, l'appareil peut être fendu longitudinalement dans toute son étendue, et former ainsi un moule solide qui maintiendrait le membre dans sa rectitude naturelle, et qui donnerait le temps au dégorgement de s'opérer, avant de passer à une seconde application plus compressive ; cette division peut s'opérer au moyen d'un fort scalpel et d'une sonde cannelée ; Larrey a souvent recours à ce moyen pour enlever l'appareil lorsque le malade est guéri.

N'ayant jamais employé le procédé de Larrey, je ne puis établir une différence pratique entre lui et le même procédé modifié par M. le docteur Seutin ; mais tout ce que je puis affirmer, c'est que ce dernier procédé ne laisse rien à désirer, tant sous le rapport de la solidité, que de la simplicité et de la facilité de son application, aussi je ne puis terminer ce petit travail, sans le recommander à tous ceux de mes collègues qui ne l'auraient pas encore mis en pratique.

FROMONT.

MÉMOIRE sur cette question : *Quel est le meilleur mode de traitement dans les fractures des membres ?* par le docteur DEROUBAIX, ex-interne des hôpitaux civils de Bruxelles.

(Imprimé par décision du Congrès médical de Belgique.)

Si nous considérons quel est le but que l'on se propose dans le traitement des fractures en général, nous voyons qu'il consiste à rendre les parties fracturées à leur état naturel, en les maintenant dans cette position par des moyens appropriés à la nature de la lésion. En effet, soit qu'un corps dur, par sa résistance ou par son choc sur une partie du corps, ait déterminé la rupture d'un os, soit que cet effet ait eu lieu par une contraction musculaire forte et subite, il y a toujours, immédiatement après la fracture, un déplacement plus ou moins considérable, car il est impossible de se figurer la solution de continuité sans admettre un changement de rapports préalable entre les fibres osseuses. Il est vrai que quelquefois ce déplacement n'est que momentané, et que bientôt les parties reviennent pour ainsi dire d'elles-mêmes à leur position normale, au point que lorsque le praticien visite le malade, il n'aperçoit aucune déformation dans l'endroit fracturé. Ce replacement spontané s'opère alors ou par l'action de quelques muscles, ou, ce qui arrive bien plus souvent, parce qu'un os parallèle à celui qui est le siége de la solution de continuité, et ayant avec lui d'étroites connexions, n'a fait que se courber sous l'influence de la cause fracturante, et est revenu ensuite à son état primitif en vertu de son élasticité, en entraînant avec lui les fragmens, et en ramenant ainsi vers la rectitude le levier brisé représenté par l'os affecté. Mais cet effet, lorsqu'il a lieu, n'autorise point le chirurgien à abandonner la lésion à la nature, et d'ailleurs ces sortes de cas, peu fréquens, doivent être envisagés comme tout à fait exceptionnels. Il n'arrive que trop fréquemment que la déformation d'une partie fait diagnostiquer à coup sûr une fracture avant même que le toucher et l'ouïe aient été appelés à constater la crépitation; et ce phénomène, qui peut dépendre uniquement de la manière dont l'os s'est brisé, ou de l'excès d'action de la cause fracturante, tend inévitablement à devenir de plus en plus marqué si les secours de l'art ne viennent s'y opposer. C'est alors que l'on voit tout à la fois les contractions des muscles excitées par la douleur, les mouvemens involontaires ou inconsidérés du malade pendant le sommeil ou même pendant la veille, et les nouvelles impulsions venues accidentellement du dehors, concourir à augmenter le désordre et à entraver la marche de la guérison. Il est donc évident que la nature ne possède point par elle-même les moyens de guérir les fractures d'une manière sûre et régulière, que les secours chirurgicaux qu'elle réclame impérieusement doivent tendre à s'opposer ou à remédier au déplacement des fragmens, qu'un concours de circonstances défavorables ne manquerait point sans cela d'effectuer.

Ce précepte fondamental parait au premier coup-d'œil bien clair et bien facile à être mis en pratique. En considérant d'un côté les nombreuses ressources de la mécanique, et de l'autre la simplicité apparente de l'indication, on serait d'abord tenté de croire qu'il n'y a qu'à s'emparer du moyen, et l'employer, pour parvenir au but vers lequel on tend. Mais l'on ne tarde pas à se détromper, lorsque l'on vient ensuite à remarquer l'énorme différence qui doit exister entre l'effet produit par un agent mécanique sur un corps solide libre, n'obéissant à d'autres lois qu'à celles de sa propre pesanteur, et celui que produira le même agent sur un os, enveloppé de parties molles, entouré de toutes parts de puissances agissant d'une manière irrégulière et intermittente, et entraîné par elles quelquefois dans un sens tout opposé à celui vers lequel tendent à le ramener les forces appliquées. Là, tout se fait d'une manière mécanique, les changemens opérés sont évidens, et l'on obtient des résultats d'une certitude mathématique ; ici au contraire, tout est subordonné à l'instabilité des fonctions vitales, tout se passe d'une manière latente, inappréciable, et l'on n'est que trop exposé à n'arriver qu'au vague et à l'incertain. Si l'on ajoute à ces simples considérations l'idée de la dissemblance qui existe entre les surfaces d'application dans ces deux espèces de cas, si l'on envisage que dans la première espèce elles sont dures, indépressibles, tandis que dans la dernière elles

sont mobiles, susceptibles de céder sous la pression et même de s'altérer sous son influence, l'on sera bientôt conduit à tirer cette conséquence, que ce que l'on avait cru facile d'abord doit au contraire être souvent entouré d'obstacles capables d'embarrasser fortement le chirurgien.

Mais il s'en faut que le traitement des fractures ne tire ses difficultés que des inconvéniens de l'application des moyens mécaniques sur les surfaces vivantes, et du défaut d'appréciation juste de la force avec laquelle ils agissent quand on les met en usage.

Il existe bien d'autres circonstances qui viennent embarrasser dans l'application des appareils, en même temps qu'ils peuvent même quelquefois ébranler l'indication fondamentale elle-même. Je ne parlerai point ici des fractures du crâne, de la colonne vertébrale, de la poitrine, du bassin, car elles ne se rattachent pas à la question proposée par le Congrès; mais pour nous en tenir uniquement aux solutions de continuité des os des membres, de quelles entraves leur traitement n'est-il point souvent compliqué? Quelle énorme distance ne sépare point cette fracture simple, transversale, indirecte, sans contusion ni déplacement, et la dilacération horrible traduite par le passage d'une roue sur un membre, ou par la percussion d'un corps volumineux lancé par la poudre à canon? Ou pour ne pas tomber dans les extrêmes, quelle analogie existe-t-il même entre une fracture oblique du fémur et une autre du tibia avec sortie et irréductibilité du fragment supérieur? La différence est tellement tranchée, les effets imprimés à l'économie sont tellement dissemblables, les modifications à apporter au traitement sont tellement importantes, qu'il semblerait que ces différentes espèces d'un même genre eussent plutôt dû être séparées que réunies. Joignons à cela la difficulté de se former toujours une idée juste des lésions produites, quelquefois l'impossibilité de constater la direction, la forme, etc., je dirai même l'existence de la fracture; ajoutons-y les effets différens produits par le voisinage de la solution de continuité près des surfaces articulaires ou par sa situation loin de celles-ci, par son état de simplicité ou de complication, par sa qualité d'être unique ou double; les complications fournies par certaines positions insolites des fragmens, qui opposent quelquefois des obstacles insurmontables à la réduction, la circonstance de n'avoir à traiter la maladie que quand un certain laps de temps s'est écoulé depuis l'invasion; et nous aurons une idée de l'obscurité qui peut quelquefois entourer la thérapeutique chirurgicale de ces affections.

Ce n'est pas que je veuille par toutes ces considérations avancer que l'on doit désespérer des ressources de l'art, ou prétendre l'empêcher de marcher d'un pas ferme et assuré dans la voie que lui ouvre le raisonnement et l'expérience. Au contraire, j'ai démontré plus haut que la nature ne pouvait point dans la majorité des cas se suffire à elle-même dans le traitement des fractures, et qu'elle devait pour en triompher heureusement s'appuyer sur l'assistance puissante et éclairée de la chirurgie. Mais je voudrais par là faire apprécier qu'il doit être assez glorieux déjà pour la science d'être parvenue à vaincre les difficultés de l'application des appareils, et que la diversité des nuances des ruptures des os doit empêcher de songer à les livrer toutes à une médication unique. Je pense que la question proposée par le Congrès n'est guère susceptible d'être résolue d'une manière absolue, en ce que l'on ne pourra, de la comparaison de tous les traitemens employés jusqu'à ce jour, déduire cette conséquence que l'un d'eux soit le seul qu'il faille employer dans la généralité des cas, à l'exclusion de tous les autres. Vouloir systématiser les différentes espèces de fractures, et prétendre les réduire à un même genre et à une seule indication, c'est pousser les choses encore plus loin que d'admettre exclusivement la lithotritie ou la taille pour la guérison de la pierre. Ici, à mon avis, comme dans beaucoup d'autres points de médecine et de chirurgie, la vérité et la raison se trouvent loin des extrêmes, dans un véritable *juste-milieu,* et l'opinion la moins hasardée est en même temps la plus sage et la plus circonspecte. Il me semble donc qne l'on ne peut raisonnablement espérer de la discussion actuelle, que de voir, par les lumières qui pourront jaillir du rapprochement des divers moyens curatifs, déterminer d'une manière exacte et précise celui qui doit être reconnu pour le meilleur *dans tel ou tel cas, à telle ou telle époque de la maladie;* et c'est sous ce point de vue que je vais traiter la question.

J'ai établi plus haut que le traitement des solutions de continuité des os, qu'il faut considérer ici en elles-mêmes et indépendamment de toute autre lésion, se compose de deux indications principales : 1° affronter les surfaces fracturées; 2° les maintenir en cet état. La première indication est remplie par la coaptation, précédée, ou même résultant souvent uniquement de l'extension et de la contre-extension. Cette manœuvre est ordinairement d'une exécution facile, et l'art possède des données précises sur ce point, qui n'a guère été le sujet de discussions que pour quelques fractures, comme par exemple celle du col du fémur. Cependant il peut arriver que, soit qu'un fragment fasse saillie à l'extérieur à travers une plaie, soit que le spasme musculaire soit très-fort, ou la fracture trop irrégulière, la réduction ne puisse se faire, et nous verrons plus loin que cette circonstance est de nature à influer plus ou moins sur la conduite à tenir par le chirurgien. Quoi qu'il en soit, en thèse générale, ce n'est point là que gisent ordinairement les difficultés. Elles se rencontrent bien plus fréquemment dans la seconde partie du traitement, qui consiste à maintenir en place les fragmens réduits. Ce dernier point, le plus important quant à la consolidation, me semble réclamer deux ordres de moyens : 1° la position; 2° l'appareil contentif.

La position se compose de deux modifications principales : la flexion et l'extension. La contraction des muscles étant une des causes principales de déplacement, il était naturel de chercher à s'y opposer. Mais sachant par expérience que la force était la plupart du temps impuissante pour produire cet effet, et que d'ail-

leurs il était souvent difficile de la diriger exclusivement contre les muscles qui attirent les fragmens dans une direction vicieuse, l'on a pensé qu'il vaudrait mieux éluder leur action que de la combattre directement : de là la méthode de la flexion. L'on ne peut disconvenir que cette méthode, qui a été beaucoup prônée par certains auteurs, n'ait pour elle l'avantage des explications théoriques. Ainsi, comme la somme d'énergie des muscles fléchisseurs excède partout celle des extenseurs, il s'ensuit que chaque fois que tous les muscles qui font mouvoir un levier osseux sont contractés à un égal degré, la résultante de toutes ces forces détermine un mouvement de flexion. Or, dans les fractures des membres, les fragmens, et surtout le fragment inférieur, étant attirés ordinairement dans tous les sens par la contraction synergique des muscles environnans excités par la douleur, il est évident que si aucune circonstance ne les empêche d'obéir aux tractions diverses dont ils sont l'objet, ils seront entraînés dans le sens de la puissance la plus forte, qui est celle des muscles fléchisseurs, et que le déplacement se fera de ce côté. Mais comme les muscles agissent en raison directe de la longueur de leurs fibres, et en raison inverse du plissement, du raccourcissement qu'elles ont déjà éprouvés, il faut en conclure qu'en diminuant le premier état et produisant le second par une position convenable, l'on pourra neutraliser l'excès d'action des fléchisseurs, de manière que la résultante de toutes les forces devenant alors zéro, la tendance au déplacement soit aussi nulle. C'est le résultat que prétend obtenir la flexion modérée, ne dépassant point certaines limites, au delà desquelles l'équilibre serait rompu de nouveau à l'avantage des muscles extenseurs; et elle révendique d'autant plus la supériorité sur l'attitude opposée, qu'elle s'attribue en outre la prérogative de fatiguer moins le malade, attendu que la position demi-fléchie est la plus naturelle en même temps qu'elle est celle que nous prenons instinctivement quand nous voulons nous reposer ou dormir. Il faut avouer qu'en appliquant cette théorie à certains cas de fractures, les effets de la contraction musculaire se trouvent réellement empêchés de la manière indiquée. C'est ainsi, par exemple, que dans la fracture du col du fémur, la double flexion de la jambe sur la cuisse et de la cuisse sur le bassin produisent le relâchement des muscles de la région postérieure de la cuisse qui tendent à raccourcir le membre, et des muscles psoas, iliaque, pectiné, adducteurs, qui le portent dans la rotation en dehors. Mais il faut dire aussi que la flexion, malgré tous ses avantages, est loin de pouvoir être érigée en précepte, et que les *spéculations* dont on part pour étendre sa domination dans la pratique sont souvent controuvées par des faits et par d'autres raisonnemens. Les fractures qui sont produites par la contraction subite et exagérée des extenseurs, comme peuvent l'être celles de la rotule et de l'olécrâne, exigent impérieusement l'extension; si le fragment déplacé ne donne attache qu'à peu ou point de muscles fléchisseurs, et reçoit au contraire l'insertion d'un ou de plusieurs de leurs vigoureux antagonistes, l'on ne peut encore espérer une bonne consolidation qu'en étendant le membre: c'est ce qui a lieu quelquefois, par exemple, lorsque la lésion de continuité attaque l'extrémité supérieure du tibia, retenue en avant par le tendon rotulien. Lorsqu'une cause fracturante agissant avec une grande puissance de force a déterminé l'enclavement d'un fragment derrière l'autre du côté des muscles fléchisseurs, il peut se faire que les forces de ceux-ci se trouvent ainsi paralysées, et que les extenseurs reprenant le dessus, opèrent un déplacement contraire à celui qui aurait dû se manifester sans cette circonstance. Il arrive même que de deux fractures occupant la même portion du même os chez différens sujets, l'une s'accommode mieux de la flexion et l'autre de l'extension, sans que l'on sache trop à quoi attribuer cette différence. D'ailleurs il n'entre point seulement dans la composition des membres deux systèmes de muscles agissant chacun en sens opposé. Tout le monde sait au contraire que les extrémités n'ont point à beaucoup près une mécanique aussi simple, et que de nombreux muscles rotateurs, adducteurs, abducteurs, pronateurs, supinateurs, viennent diversifier à l'infini leurs mouvemens, pour les mettre à la hauteur des fonctions qu'ils doivent remplir comme organes essentiels de la locomotion. Tous ces muscles exercent aussi bien des efforts sur les fragmens que les extenseurs et les fléchisseurs, et doivent par conséquent, lorsqu'ils jouissent d'une certaine prédominance, donner lieu à des déplacemens, qui compliquent ceux que produisent ces derniers. D'où il suit, en pareil cas, que la flexion est insuffisante pour remédier complétement à la déformation. Il est vrai que l'on peut faire le même reproche à l'extension; mais il n'en est pas moins concevable que la première position doit aussi bien que la dernière rester impuissante pour s'opposer aux forces musculaires qui, en se mettant en jeu, peuvent diminuer les chances d'une consolidation louable. Je ne vois donc plus aucune raison pour donner la préférence à une attitude sur l'autre, d'autant plus qu'il ne me semble point exact de dire que l'extension soit plus fatigante que la flexion, lorsqu'elle est employée conjointement avec un appareil contentif, car la lassitude que l'on éprouve lorsque l'on garde longtemps une position ne peut provenir que de l'exercice prolongé des mêmes actions musculaires, et dans la circonstance que j'indique, il est clair que les extenseurs ne sont nullement contractés, puisque des moyens étrangers au membre remplacent par leur résistance les efforts qu'ils seraient obligés de faire s'ils agissaient seuls pour la production de l'effet désiré. Il me paraît donc que dans la pratique il ne faut apporter aucune idée préconçue sur la valeur relative des deux méthodes, et qu'il faut indifféremment mettre en usage la flexion ou l'extension, suivant que l'une ou l'autre semble plus ou moins favorable à la coaptation dans le cas qui se présente; que s'il arrive que les deux positions semblent produire à peu près des effets semblables, il faut se déterminer dans le choix à faire de l'une d'entr'elles d'après des considérations portant sur l'aisance et la commodité du blessé. C'est ainsi que dans les fractures du membre

pelvien, l'extension devient souvent préférable, par la raison que le décubitus en est rendu plus facile, et que lorsqu'on applique des appareils qui permettent des mouvemens au malade, ces mouvemens sont bien moins gênés par elle que par toute autre attitude : tandis que dans les fractures de l'extrémité thoracique, la flexion est plus fréquemment indiquée, parce qu'elle permet de fixer et de soutenir l'avant-bras au-devant de la poitrine, et d'empêcher ainsi qu'il ne heurte contre les corps environnans, et que le membre pendant à côté du tronc ne fatigue l'épaule par son poids et celui du bandage dont il est entouré.

L'appareil contentif est sans contredit le moyen le plus puissant auquel l'art puisse avoir recours pour remplir la seconde indication générale des fractures, et son importance mérite bien certainement qu'on lui donne une place distinguée dans la discussion actuelle. Depuis que l'on s'occupe avec soin du traitement des solutions de continuité des os, c'est sur lui que se sont portées presque toutes les vues, et c'est avec raison que l'on pourrait dire que les progrès de la science dans la thérapeutique des fractures se mesurent par les modifications favorables que le génie chirurgical lui a successivement apportées. Cependant, comme les praticiens ne sont point toujours partis des mêmes principes pour aller à sa recherche, et que les moyens qui leur sont tombés sous la main ont souvent beaucoup différé, il en est résulté l'adoption d'un grand nombre d'appareils, que chacun de leurs inventeurs a plus ou moins préconisés d'une manière exclusive. Ce sont ces appareils que nous devons examiner pour découvrir celui qui présente la plus grande somme d'avantages et de garanties. Il est certain, d'après ce que nous avons déjà dit, que toutes les fois que pour parvenir à ce but l'on considérera l'emploi d'une méthode curative applicable à l'ensemble de toutes les fractures possibles, l'on sera forcé d'épuiser toute la subtilité des sophismes pour pouvoir plier la diversité des cas à l'unité du moyen que l'on préfère. Nous suivrons donc une marche opposée ; et nous commencerons par examiner la valeur des divers appareils contentifs employés dans les fractures prises dans leur plus grand état de simplicité, abstraction faite de toutes les complications dont elles peuvent être embarrassées. En nous arrêtant ainsi au premier degré de l'échelle représentée par la collection des différentes progressions que peuvent offrir ces affections, nous aurons un point d'appui solide pour marcher plus avant ensuite, en passant ainsi du simple au composé, de ce qui est clair, palpable, à ce qui semble entouré de ténèbres, et susceptible d'engendrer l'incertitude et l'erreur.

Cet état de simplicité des fractures tel que nous devons le considérer ici, est constitué par la possibilité de la réduction immédiatement après l'accident, par l'absence de toute lésion importante du côté des parties molles, et par une telle disposition de la rupture de l'os, qu'il n'en doive point résulter, dans une portion quelconque de son étendue, une cessation des fonctions vitales qui la contraigne au rôle de corps étranger. Je considère toutes les fractures qui présentent ces conditions comme faisant partie de la même catégorie, qu'elles soient d'ailleurs uniques ou doubles, transversales ou obliques, qu'elles n'affectent qu'un seul os ou deux ou plus à la fois. Dans toutes ces solutions de continuité, il existe ordinairement quelques instans après l'accident un léger gonflement, résultat inévitable de l'épanchement sanguin causé par la déchirure des vaisseaux de l'os, du périoste et des parties environnantes. Cette extravasation des liquides, et la lésion dont elle est l'effet doivent nécessairement amener une réaction inflammatoire ; mais cette réaction n'augmente guère le gonflement lorsque l'affection est bien traitée, car alors l'absorption des fluides épanchés contrebalance l'arrivée des nouveaux élémens de congestion. D'ailleurs l'inflammation est ici modérée et bénigne ; ce n'est plus cette terrible dévastatrice portant la mort dans les tissus, ou les baignant des produits d'une sécrétion morbide. C'est une ouvrière habile qui travaille à la construction d'une substance organique nouvelle, qui s'empare de ce qui peut lui convenir, et refoule dans le torrent circulatoire les matériaux inutiles qu'elle rencontre. Elle remplit la mission qui lui est confiée avec promptitude, parvient rapidement à son maximum d'intensité, qui est toujours peu élevé et tend dès-lors de jour en jour à disparaître, en suivant une marche constamment décroissante. Le stimulus qui appelle le sang n'est point tellement irrésistible que ce liquide doive absolument sévir contre l'organisation des parties où il est forcément attiré, et les détruire, si un agent mécanique s'oppose à leur libre développement. Au contraire, une compression douce, modérée, uniforme, en diminuant le diamètre des capillaires, jouit de la puissance de modérer l'afflux des humeurs, de les détourner de leur cours, et de leur faire prendre une autre voie pour se porter vers le système lymphatique ou veineux. Ce que cet agent thérapeutique excite ou exaspère en d'autres circonstances, il le prévient dans les cas dont il s'agit, parce que l'élément inflammatoire jouant ici un rôle trop peu important pour exciter les sympathies et les appeler à son secours, se trouve réduit à ses propres forces, et manque ainsi de l'énergie nécessaire pour lutter avec quelque avantage contre l'action répressive de l'appareil qui lui est opposé.

Si le gonflement dans les fractures, considérées dans leur état de simplicité, n'est point susceptible d'être augmenté par l'inflammation consécutive, si cette inflammation tend bientôt à s'éteindre au lieu d'avoir une marche progressive, si la compression loin de l'aggraver, ne fait que la maintenir dans de justes bornes, il semble rationnel de penser qu'une fois le meilleur moyen coaptateur reconnu, l'on pourra sans crainte l'appliquer, s'il y a lieu, dès les premiers jours de la maladie. S'il comprime le membre, pourvu que cette compression soit douce et uniforme, elle ne pourra agir que d'une manière favorable ; et il est évidemment avantageux de contenir de bonne heure les fragmens. L'on a dit, il est vrai, que la réduction pouvant se faire tout aussi bien et même mieux quelques jours après l'inva-

sion, il valait mieux attendre jusqu'alors pour appliquer l'appareil définitif, et se contenter en attendant de moyens provisoires. L'on s'est imaginé que l'on se trouvait ainsi mieux à même de combattre les accidens s'ils survenaient, et que l'on pourrait ensuite appliquer les appareils avec plus de sécurité, s'ils ne survenaient pas. Je serais peut-être de cet avis, si, dans la plupart des cas, il n'existait que peu ou point d'écartement entre les surfaces fracturées, et si l'on pouvait acquérir la certitude que leur position respective ne changera pas; mais comme le contraire arrive le plus fréquemment, n'est-il pas facile de concevoir que la réduction opérée après plusieurs jours ne pourra se faire sans la trituration, l'écrasement préalable de la substance gélatiniforme déposée entre les fragmens, qui n'est rien autre chose que le rudiment du cal? N'est-il pas dès lors évident que cette manière d'agir tend à entraver le travail de la nature et à retarder plus ou moins la guérison? Ceci ne serait encore qu'un inconvénient de peu d'importance; mais le déplacement des fragmens ne se fait point sans qu'ils ne se portent plus ou moins vers les parties molles. Ils les déchirent, les excitent, et fomentent ainsi l'inflammation, qui s'accroît, si les mouvemens spontanés ou communiqués viennent leur donner encore de nouveaux rapports. D'où il suit que la méthode d'expectation, au lieu d'être une sauve-garde contre la phlogose, ne fait souvent que fournir les moyens de combattre l'affection dont elle est elle-même la cause, et qu'elle entretient par le fait même de la continuation de son usage.

Aussitôt que les fragmens sont affrontés, et que toutes les dispositions sont prises pour les maintenir en cet état, le travail qui doit rendre l'os à ses usages habituels commence. Les fluides épanchés aux environs de la fracture se concentrent autour d'elle, se concrètent par l'absorption de leurs parties les plus ténues, et passent successivement de l'état liquide à l'état de mollesse, puis à l'état cartilagineux, puis enfin à l'état osseux. L'inflammation ne tarde pas à décroître, et ne laisse plus après elle qu'un état particulier, en vertu duquel les molécules organiques qui peuvent servir à l'élaboration du cal sont attirées et assimilées à la tumeur qui en constitue le rudiment. Une grande analogie existe alors entre les conditions qui favorisent la consolidation des fractures et celles qui facilitent la cicatrisation des plaies réunies par seconde intention : des deux côtés il faut pour que le travail s'exécute d'une manière prompte et facile, qu'aucun mouvement de la partie, aucune traction, aucun effort inconsidéré, ne viennent détruire la texture du tissu de nouvelle formation qui doit rétablir la continuité des parties divisées. Pourvu que la chirurgie soigne à ce que tout reste dans la plus parfaite immobilité, la nature se charge seule ensuite des frais de la guérison. Le meilleur appareil sera donc sous ce rapport celui qui pourra le mieux rester en place sans se déranger depuis le commencement jusqu'à la fin du traitement, et qui sera par sa nature le plus susceptible de résister aux différentes causes de déplacement des pièces fracturées. Je paraîtrai peut-être ici en opposition avec plusieurs autorités, qui recommandent de mettre plusieurs fois le membre à découvert pendant l'espace de temps nécessaire à la consolidation, afin de pouvoir de cette manière inspecter l'état des parties, et voir si elles ne présentent point de nouvelles indications. Mais il faut considérer que les auteurs dont je veux parler, lorsqu'ils donnaient ce conseil, envisageaient les fractures d'une manière générale; tandis que les assertions que j'avance ici ne concernent que les faits renfermés en-deçà des limites que j'ai tracées en établissant la grande section des fractures simples. Ajoutons que ces praticiens mettaient en usage un moyen de contention incapable de conserver longtemps les mêmes rapports, tandis que je parlerai bientôt d'un appareil jouissant de la propriété de rester immobile pendant un temps indéfini.

La situation des fractures des membres supérieurs ou inférieurs est susceptible de fournir quelques différences relativement à leurs résultats et aux incommodités dont elles peuvent être la cause. Tant qu'elles n'attaquent que les extrémités thoraciques, elles restent sans influence funeste sur l'économie, parce que les fonctions qui leur sont départies comme organes locomoteurs consistent principalement à rapprocher ou éloigner du corps les objets extérieurs, et non pas à faire mouvoir le corps pour changer la position qu'il occupe relativement à ces objets. La nature des actes qu'ils remplissent les rend souvent jusqu'à un certain point indépendant l'un de l'autre, en sorte que l'un d'eux restant dans l'inactivité, l'autre n'en exécute pas moins bien le changement de rapports que commande la volonté. Si donc une fracture vient à exiger le repos d'un de ces membres, le corps n'en éprouve aucune atteinte grave, et le seul désagrément que cause ce repos est la privation de quelques relations qui pourront même le plus souvent être rétablies par les mouvemens du bras non lésé. Mais si l'affection siége dans un point de l'étendue de l'extrémité pelvienne, non-seulement les mouvemens de la partie seront abolis, mais tout un ordre de relations sera tout à fait anéanti. La marche étant une fonction qui ne peut avoir lieu sans le concours des deux membres abdominaux, devient nécessairement impossible si l'une des colonnes osseuses qui en constituent les parties solides cède et s'affaisse sous le poids qu'elle est chargée de soutenir; et comme la progression n'est point seulement destinée à changer les rapports du corps avec le monde extérieur, mais aussi à faciliter la circulation et l'égale répartition des fluides, la suppression de cette fonction est capable d'amener des désordres plus ou moins considérables dans l'organisme. La supination forcée et prolongée détermine chez les jeunes sujets un malaise général, une anxiété qui peut quelquefois devenir intolérable chez les personnes nerveuses et irritables. Chez les vieillards, elle provoque la paresse des vaisseaux capillaires, des altérations dans les fonctions nutritives, une espèce de cacochymie dont ils ont ensuite de la peine à revenir s'ils n'y succombent point, l'exacerbation d'un grand nombre de maladies dont ils peuvent être affectés, la gangrène locale par la com-

pression continuelle sur des points toujours les mêmes. Le bandage, qui, pouvant s'adapter également à tous les membres, jouira en outre du précieux avantage de permettre des mouvemens de progression lors même que l'extrémité pelvienne est fracturée, méritera sans nul doute la préférence sur tous les autres, si ses autres propriétés ne sont point de nature à atténuer ce mérite.

D'après toutes les données qui précèdent sur la nature et la marche des fractures simples et les conséquences qui en découlent, sur les inconvéniens de la supination prolongée, et sur la convenance de telle ou telle position pour la production et le maintien de la coaptation, nous pouvons maintenant poser quelques conditions qui serviront à nous guider dans la recherche du meilleur appareil qui convient aux fractures dégagées de toute complication. Ces conditions peuvent se réduire à quatre :

1° Maintenir sûrement et solidement les fragmens dans les rapports qu'on leur a donnés, dès l'invasion de la solution de continuité ;

2° Être susceptible de rester en place sans se déranger, et en continuant d'agir de la même manière jusqu'à la fin du traitement ;

3° Permettre la marche dans les ruptures des os du membre abdominal ;

4° Présenter des propriétés telles, qu'il puisse produire ces effets, tout en retenant l'extrémité blessée, soit dans la flexion, soit dans l'extension.

Dans la revue que nous ferons des appareils, pour les mesurer, pour ainsi dire, de la mesure indiquée par ces quatre conditions, nous devrons omettre les moyens chirurgicaux employés contre les fractures de la clavicule, de l'omoplate, du col anatomique de l'humérus et du col du fémur ; car bien que ces lésions appartiennent encore aux solutions de continuité des os des membres, elles peuvent être considérées comme servant de transition à celles du tronc, et réclament des secours thérapeutiques plus ou moins particuliers. D'ailleurs, comme une foule d'appareils ont été préconisés contre ces affections, la discussion des avantages et des inconvéniens de chacun d'eux nous entraînerait beaucoup trop loin. Nous n'examinerons donc ici que les moyens contentifs qui sont mis en usage contre les fractures du corps de l'humérus, de l'avant-bras, de la main, du corps du fémur, de la jambe et du pied : et en considérant les choses sous ce point de vue, il nous restera à analyser trois espèces principales d'appareils qui se partagent aujourd'hui les suffrages des praticiens. Dans la première espèce se trouve l'appareil à compression latérale, ou bandage à attelles; la seconde est constituée par les appareils à suspension, inventés par le docteur *Sauter*, et mis en usage par M. *Mayor* de Lausanne; la troisième enfin comprend l'appareil inamovible, à compression circulaire, introduit en France par *Larrey*, et modifié en Belgique par M. le docteur *Seutin*.

Le bandage à attelles me paraît mériter à juste titre le nom d'appareil à compression latérale, car lorsqu'on l'étudie avec attention, l'on voit bientôt qu'en dernier résultat il comprime médiatement les os sur un plus ou moins grand nombre de leurs faces ou de leurs bords seulement. Le bandage roulé ou les bandelettes de Scultet qui entrent dans sa composition, et dont on a coutume d'envelopper immédiatement le membre fracturé, ne peuvent guère concourir à la réduction. La toile ou les autres tissus dont on peut les composer sont trop élastiques et trop peu résistans pour pouvoir s'opposer aux puissances qui suscitent le déplacement. D'ailleurs quand bien même cet effet serait possible, toutes les circulaires qui n'entourent qu'un seul fragment étant visiblement perdus pour la coaptation, il n'y aurait, comme le remarque Boyer, que ceux qui anticipent sur les deux fragmens à la fois qui pourraient contribuer à le produire. Cette puissance, en supposant même qu'elle pût jouir d'une grande énergie, serait appliquée sur une surface trop peu étendue, et sur un point des léviers trop défavorable à la production des mouvemens désirés, pour que l'on pût en espérer rien de bien réellement avantageux. Les bandes ou les liens au moyen desquels on fixe les attelles ne peuvent également pas agir d'une manière directe sur les pièces fracturées, et leur tension ou leur relâchement se borne à augmenter ou à diminuer la compression exercée par la partie solide du bandage. Ce sont donc en définitive les attelles qui constituent la puissance principale de l'appareil. On leur donne ordinairement la forme droite, plane, car pour les avoir courbes et creusées en gouttière pour qu'elles s'adaptent aux contours des parties, il est nécessaire qu'elles présentent une telle précision, qu'il serait difficile d'en avoir toujours sous la main qui s'accommodassent aux dimensions de chaque membre fracturé. Ainsi confectionnées, elles produisent des effets qui diffèrent un peu, selon qu'elles sont destinées à maintenir les fragmens dans tel ou tel endroit. Dans les fractures du fémur ou de l'humérus, leur surface plane devant agir sur un corps à peu près cylindrique, il n'y a que leur partie centrale qui transmette directement la pression de proche en proche à travers les parties molles jusqu'à l'os, et la portion de cet organe qui la reçoit est nécessairement peu étendue. Leurs bords ne sont susceptibles que d'un effort oblique sur la colonne osseuse, et les muscles qu'ils rencontrent éludent leur compression, en glissant soit en avant, soit en arrière ou sur les côtés, suivant leur position relativement à la force. Les coussins de balle d'avoine semblent bien au premier coup-d'œil servir de correctif à ce désavantage, en prenant la forme concave du côté du membre, et en s'aplatissant du côté opposé, en vertu de la facilité avec laquelle la substance qu'ils contiennent peut se déplacer ; mais l'inconvénient ne peut être détruit par eux que d'une manière incomplète, et leurs bords, quelque renflés que puisse les rendre la dépression de leur partie médiane, n'en sont pas moins toujours poussés dans la direction d'une ligne qui rencontrerait le plan de la surface comprimante sous un angle plus ou moins aigu. Lorsqu'il s'agit de maintenir les fragmens d'un os de l'avant-bras, l'efficacité des attelles est quelquefois plus mar-

quée. On les applique alors le plus souvent sur la masse des muscles fléchisseurs ou extenseurs. Si, ce qui est le plus fréquent, l'indication consiste à repousser en dehors les pièces fracturées qui tendent à se porter vers la ligne médiane, la pression communiquée jusqu'au ligament inter-osseux se décompose par la résistance de cet organe, et les muscles qui la supportent exercent un effort latéral en vertu duquel les portions déviées en dedans sont refoulées dans le sens opposé. S'il est au contraire indiqué de reporter un ou plusieurs fragmens en avant ou en arrière, les attelles agissent de nouveau directement sur les os, comme dans les fractures de l'humérus et du fémur, en les comprimant toutefois sur une étendue plus large ou plus étroite, suivant qu'elles rencontrent une face ou un bord. Toujours, dans l'un et l'autre cas, leur effort est plus sûr et accompagné de plus de précision, parce que sa puissance s'exerce sur deux tiges parallèles à la fois. Lorsque les attelles sont appliquées ailleurs que sur les muscles correspondans aux espaces inter-osseux, ce n'est ordinairement point par leur action immédiate sur les os qu'elles sont utiles, mais bien par le point d'appui qu'elles fournissent aux puissances qui agissent sur le poignet ou la main. On pourrait à peu près faire les mêmes remarques sur les effets produits par les parties solides du bandage à compression latérale sur la jambe, puisque le squelette de celle-ci est aussi composé de deux pièces triangulaires ; ici toutefois la différence qui existe entre la grosseur et la disposition des muscles inter-osseux antérieurs et postérieurs de cette région, le défaut de parallélisme entre les plans imaginaires menés des bords antérieur et postérieur du tibia aux parties correspondantes du péroné, le mécanisme ordinaire du déplacement, qui ne ressemble point à celui des fractures de l'avant-bras, empêchent d'appliquer les attelles sur les organes contenus dans l'intervalle des deux os. On les place ordinairement sur les côtés du membre, en leur faisant dépasser la plante du pied ; Elles n'agissent ainsi le plus souvent qu'en s'opposant par leur résistance latérale à un plus grand déplacement, et en maintenant le pied dans une position qui influe d'une manière favorable sur la coaptation des pièces fracturées, en vertu des liaisons intimes qui existent entre le tarse et les os de la jambe.

L'on voit que de quelque manière et dans quelque endroit que soit appliqué l'appareil en question, son emploi présente partout cette particularité, que les parties qu'il recouvre ne sont comprimées que dans une certaine étendue, et qu'il reste toujours des points où le tissu des organes peut librement s'épanouir. En vain multipliera-t-on le nombre des attelles ; il sera toujours impossible de parvenir à répartir également l'action des forces d'application sur toute la circonférence du membre. Cette circonstance me semble de nature à faire pécher le bandage contre la première condition d'un bon appareil à fractures que nous avons établie ci-dessus, et qui consiste à pouvoir être employée dès l'invasion de la maladie. En effet, ou on l'appliquera d'une manière très-lâche, et alors aucun retour des fragmens vers la situation naturelle n'ayant lieu, l'effet produit pourra être regardé comme presque nul, et l'on devra s'attendre aux accidens que nous avons regardés comme une suite possible de la persistance du déplacement ; ou on lui donnera un certain degré de tension, et alors la compression vicieuse dont on fera usage, loin d'être un préservatif contre l'inflammation, sera capable de l'exciter par elle-même, parce qu'elle devra être trop forte si on prétend maintenir la coaptation, et qu'elle n'aura point, comme la constriction circulaire douce et graduée, la propriété de détourner à la fois les fluides de tous les endroits frappés de la lésion. L'on pourrait dire que le bandage roulé et les bandelettes de Scultet suffisent seules pour modérer l'afflux des liquides, et que les attelles n'ont besoin ensuite que d'être médiocrement serrées pour que l'on ait un appareil agissant par une compression antiphlogistique et par une puissance qui résiste au déplacement. Mais cette combinaison serait une véritable utopie ; nous avons en effet établi plus haut que les bandes sont insuffisantes pour maintenir la coaptation. Il faudrait donc se résoudre à l'abandonner, ou recourir de nouveau à l'office des attelles munies d'une certaine force, ce qui ramènerait tous les effets nuisibles que l'on aurait voulu éviter.

Le bandage à compression latérale est un appareil essentiellement amovible ; car ses rapports changeant bientôt si on l'abandonne à lui-même pendant quelque temps, la nécessité d'une réapplication ne tarde point à se faire sentir. Quatre, huit, et même quelquefois dix mutations et plus sont nécessaires dans le cours d'un traitement de fracture. Il arrive même, par exemple chez les enfans et certains sujets indociles, que l'appareil peut à peine conserver son action pendant quelques jours, quelque méthodiquement qu'il soit appliqué. Les causes de ces inconvéniens sont inhérentes à la nature du bandage lui-même. L'élasticité de la toile ou des autres tissus qui peuvent servir à le confectionner fait qu'ils sont susceptibles de s'allonger d'une manière pour ainsi dire indéfinie sous l'influence d'une résistance forte et longtemps prolongée. C'est ce qui est cause qu'ayant appliqué le moyen contentif d'une manière assez serrée, on le trouve relâché le lendemain, parce que l'effort excentrique des parties contenues a vaincu celui qui s'opérait en sens contraire. Les attelles sont ordinairement posées de manière à ne comprimer que les extrémités d'un ou tout au plus de deux diamètres passant par le milieu du membre, ce qui donne à leur manière d'agir une grande analogie avec celle du compresseur de Dupuytren, que l'on connaît être si difficile à maintenir pendant longtemps, et si sujet à se déplacer. L'extérieur de l'appareil présente une forme quadrilatère ou tout au moins polygonale, tandis que la face interne présente une cavité circulaire, ce qui fait qu'il est exposé par la saillie de ses angles à être arrêté par les corps extérieurs pendant qu'un mouvement de totalité vient à se passer dans les parties vivantes qu'il enveloppe. D'où résulte alors un changement de situation relative entre celles-ci et le bandage. L'espèce d'indépendance mutuelle dans laquelle se trou-

vent les différentes pièces constituantes de l'appareil, qui ne sont pas assujetties entre elles par des moyens immobiles, est cause que si l'une d'elles vient à être poussée toute seule dans un sens par une cause quelconque, les autres ne seront point obligées de la suivre dans son mouvement. C'est ainsi que les liens remontent ou descendent sans rien entraîner avec eux : c'est encore ainsi qu'une attelle qui éprouve une violence extérieure, change de situation, de direction, d'inclinaison, sans que l'ensemble paraisse devoir beaucoup se prêter à ce changement. Enfin le poids du bandage peut aussi produire des dérangemens, si l'on n'a point l'extrême précaution de le soutenir constamment par une surface qui arrête le mouvement de gravité. Toutes ces causes sont loin de concourir toujours toutes à la production du déplacement; mais comme il n'est guère possible que l'une d'entre elles exerce son influence fâcheuse pendant le laps de temps nécessaire à la consolidation d'une fracture, il est absolument inutile de songer à la possibilité de laisser l'appareil en place jusqu'à la guérison, et lorsqu'on le met en usage, il faut nécessairement se résoudre d'avance aux conséquences des réapplications réitérées.

Il ne faut point croire que le bandage dont nous nous occupons étant une fois appliqué, les substances résistantes qui en constituent les parties essentielles puissent représenter à l'extérieur du membre la continuité de ses parties solides, qu'une fracture aura interrompue. Il serait absurde de partir de ces principes erronés pour rendre au malade une partie de sa liberté, et lui permettre des actes locomoteurs, qui ne manqueraient point d'être suivis des plus funestes résultats. Tous les praticiens expérimentés recommandent la plus grande immobilité au blessé qu'ils viennent de panser avec des attelles, et lui font sentir que ce n'est qu'à ces conditions qu'il peut espérer une marche salutaire de la maladie vers la guérison. Si la fracture a son siége au bras, un coussin placé sur le lit lui fournit un plan sur lequel il doit se reposer, ou une écharpe le maintient à côté du corps et doit avoir pour office de l'empêcher d'exécuter des mouvemens inconsidérés. Si l'extrémité pelvienne est atteinte de la lésion, la supination est prescrite avec rigueur, et toutes les précautions sont prises pour que le membre ne puisse s'incliner, se relever, remonter, descendre, ni se porter d'un côté ou d'autre. Ce n'est point sans raison que l'on prescrit de se conduire ainsi : car tous ceux qui connaissent les capacités contentives de l'appareil à attelles, savent combien sont nuisibles, malgré son application, les changemens de situation du corps ou d'une de ses parties qui peuvent avoir quelque retentissement au sein des parties affectées. Que le bassin, par exemple, abandonne la supination pour s'appuyer latéralement sur le plan qui le supporte, cette rotation ne pourra avoir lieu sans que la cuisse, que nous supposerons ici fracturée, ne participe plus ou moins au déplacement; le bandage devra suivre ce mouvement, ou il ne le suivra pas. S'il le suit, il reposera sur une de ses parties latérales, et cette partie ne tardera pas à s'élever sous la double influence du poids du membre, et de la résistance de la surface qui la soutient, tandis que le côté opposé favorisera encore le mouvement de bascule par sa tendance à se porter vers les points les plus déclives; s'il ne le suit pas, la jambe et le fragment inférieur, retenus par le bandage, resteront en place, mais le fragment supérieur suivra la rotation du bassin : dans les deux cas, il y aura production d'un désordre plus ou moins considérable. Si donc un simple déplacement du pelvis peut entraîner des inconvéniens aussi graves, combien plus en amènera l'action compliquée de la marche, qui agite le corps en entier par les secousses qu'elle lui imprime, et semble à chaque pas exciter l'appareil à glisser sur les parties qu'il recouvre, pour obéir aux lois de l'attraction terrestre! Cette incompatibilité de la progression avec l'application du bandage à attelles est tellement frappante, que l'habitude de l'emploi de ce moyen curatif l'avait fait regarder jusqu'à ces derniers temps comme un des axiômes les plus incontestables, et que *repos absolu et traitement des fractures de l'extrémité pelvienne*, semblaient des choses tout à fait inséparables en bonne thérapeutique.

Nous venons de remarquer que le bandage à attelles manque plus ou moins aux trois premières conditions qui doivent selon nous caractériser l'excellence d'un appareil dans le traitement des fractures simples. En continuant notre examen, nous verrons qu'il n'est pas plus capable de remplir la quatrième, c'est-à-dire qu'il ne s'accommode également point des différentes positions qui conviennent aux solutions de continuité des os pour le maintien de la coaptation. Toutes choses égales d'ailleurs, il est certain qu'une fracture qui réclame ou tolère l'extension, ressentira des effets beaucoup plus avantageux de l'application des attelles que lorsqu'elle exige la flexion, parce que dans ce dernier cas l'étendue sur laquelle l'action de ces agens peut s'exercer est limitée par les deux grandes articulations les plus voisines, tandis que dans l'autre elle se mesure par toute la longueur du membre. L'immobilité sera plus assurée dans l'extension, parce que plus de parties pourront être maintenues à la fois par le même moyen, et les fragmens seront plus facilement affrontés, parce que l'un d'eux faisant toujours une espèce de tout avec un ou plusieurs autres os qui sont restés sains, on aura de cette manière un bras de levier plus long sur lequel les puissances mécaniques pourront être appliquées. Ces effets ne pourront guère être obtenus par la flexion, à moins que l'on n'emploie alors des attelles de bois courbes qu'il est difficile de faire bien confectionner, ou des attelles en fer blanc ou toute autre matière qui jouirait d'une certaine flexibilité. Mais ces corps ne peuvent point servir pour les fractures des membres inférieurs, et au bras même, ils peuvent offrir souvent dans leur application des inconvéniens qui suffisent pour en faire rejeter l'usage.

La seconde espèce d'appareils que nous avons à examiner est fondée sur l'idée de la suspension, connue et mise en usage par les praticiens de la Suisse, et adoptée spécialement par M. Mayor de Lausanne dans le traitement des fractures en général. Le principe qui préside

à leur construction consiste à fournir au membre fracturé un plan mobile dans l'atmosphère, et tellement disposé, que les parties qu'il soutient lui transmettent facilement les mouvemens dont elles sont elles-mêmes agitées. Le but que l'on a eu vue en les mettant en usage diffère essentiellement de celui que l'on se propose en employant le bandage à compression latérale; celui-ci est destiné à rendre par sa résistance tout changement de situation impossible dans les régions qu'il recouvre, tandis que l'autre doit pouvoir les permettre, mais de manière cependant qu'ils ne puissent changer en rien les rapports établis entre le membre et les surfaces qui le supportent. L'invention de cet appareil parait être le résultat des réflexions suggérées par les désavantages des attelles, et semble un acheminement vers un complet affranchissement de la loi d'une immobilité prolongée, partagée forcément par des organes sains, qui perdent par là une partie de leur énergie. Le plan de support dont se sert M. Mayor est simple ou double, suivant l'exigence des cas, et suivant que l'on emploie l'extension ou la flexion. Un coussin qui le surmonte est destiné à envelopper les surfaces postérieures du membre dans une espèce de gouttière qui s'y creuse par la pression, et d'empêcher ainsi que les mouvemens de latéralité puissent s'exercer sans le concours de la planchette. Aucune autre compression n'a lieu que celle qui est exercée sur la face postérieure des parties soutenues, en vertu de leur propre poids; les faces antérieures de celles-ci restent presque entièrement à nu. La position est quelquefois regardée comme suffisante dans les cas les plus simples, mais dans les fractures plus compliquées, l'on fait usage de moyens capables de redresser la courbure anormale des os brisés; ou de tirer leurs extrémites en sens contraire, pour parer aux désordres d'un chevauchement. C'est alors que l'on emploie le sous-pied, la talonnière, la jarretière, la ceinture, et les bandes de direction. Au reste il parait que cet appareil est uniquement destiné aux fractures des extrémités pelviennes, car il ne présente aucun avantage dans la cure de celles du membre thoracique, à moins que l'on ne veuille regarder comme un moyen de suspension l'écharpe dont on se sert ordinairement dans ces cas.

Je dirai que je n'ai jamais été témoin d'expériences assez suivies et faites avec assez de soins, pour pouvoir raisonner de cette méthode d'après des faits d'un certain poids. Mais, sans nier l'imposante supériorité des résultats de la pratique sur les combinaisons souvent plus séduisantes que solides de la théorie, il me paraît qu'il est facile de se figurer d'après la description que l'on donne de l'appareil, les effets que doit produire son usage. Je pense qu'il peut être réellement utile dans quelques cas; mais comme nous ne devons le considérer pour le moment que sous le rapport de son emploi dans le traitement des solutions de continuité que nous comprenons sous la dénomination de *fractures simples*, il me semble alors que l'efficacité qu'on lui attribue est peu certaine, et qu'il doit souvent tromper les espérances du praticien. D'abord, la position seule sur le plan de support est tout à fait insuffisante dans les fractures où il existe la moindre tendance au déplacement. La prérogative principale de l'appareil consistant surtout à pouvoir permettre des mouvemens au blessé, il faut, pour être conséquent avec soi-même, ne point les défendre après l'avoir appliqué: car sans cela quel avantage y aurait-il plutôt à avoir la partie fracturée suspendue dans l'air que soutenue sur un lit par un coussin? Or, il ne peut être vrai que les planchettes, malgré leur mobilité, suivent toujours les changemens de position que le membre peut présenter. Par exemple, si le malade, fatigué du décubitus sur le dos, se porte sur un de ses côtés, l'extrémité qui est le siége de la lésion, et qui suit le mouvement du corps, ne présentera plus sa face postérieure, mais bien une de ces faces latérales au plan qui le soutient; car celui-ci tendant nécessairement à l'équilibre, restera en place, pendant que les parties glisseront sur sa surface. Si, pour une fracture de cuisse, on emploie la flexion sur la double planchette, une contraction involontaire des extenseurs soulèvera inévitablement la jambe sans rencontrer aucun obstacle. Si le membre n'est point placé tout à fait au milieu des planchettes, ou si, par des circonstances qui doivent se présenter souvent, il vient à appuyer plutôt sur un bord que sur l'autre, ce bord s'abaissera pendant que l'autre se portera en sens opposé; il en résultera alors un plan incliné, et les organes soutenus tendront par leur pesanteur à tomber sur les cordes de suspension. Ces effets, que j'ai pris au hasard au milieu de plusieurs autres que j'aurais pu citer, prouvent à l'évidence qu'il serait présomptueux d'abandonner à la seule position sur le plan suspendu le maintien de la coaptation. Mais si l'on fait concourir avec elle les moyens accessoires, sera-t-il bien sûr, comme on le prétend, que l'appareil offrira alors toutes les garanties de succès, que l'on puisse désirer? Il est vrai que la talonnière fixée au sous-pied assujettira les parties de manière à les empêcher de glisser dans le sens de la longueur des planchettes; dans les fractures de la cuisse, la ceinture agira encore dans le même but, et dans tous les cas les mouvemens sans le concours du plan de support deviendront beaucoup plus difficiles; les bandes de direction appliquées en sens inverse, pourront, outre leur action sur les fragmens, contribuer à maintenir l'extrémité lésée à une distance convenable de chacun des bords latéraux de la surface sur laquelle elle repose. Mais en supposant même que par tous ces moyens l'impossibilité du changement de position des parties soutenues sans la participation des parties soutenantes soit définitivement assurée, cela ne s'opposerait nullement à ce que les différentes portions de ce tout puissent se mouvoir d'une seule pièce, et produire ainsi du dérangement dans la situation des fragmens. Ainsi, une contraction forte et involontaire des extenseurs d'un membre abdominal posé en demi-flexion sur le double plan, agira sur la planchette tibiale comme sur un levier du troisième genre ayant son point d'appui au jarret, et tendra à en remonter l'extrémité podalique pendant que l'extrémité poplitée, maintenue par les cordes de suspension, restera immobile; de même un raccourcis-

sement subit des fléchisseurs dans les mêmes circonstances, rapprochera les bouts les plus éloignés des deux planchettes, en en élevant simultanément les extrémités les plus voisines. D'ailleurs dans certains cas, le membre peut encore jusqu'à un certain point abandonner ses rapports avec l'appareil. Quand un mouvement de rotation rend inférieure une de ses faces interne ou externe, cette face tend à descendre; elle est retenue d'une part par les effets de l'extension et de la contre-extension, et de l'autre par les bandes de direction; mais l'extension et la contre-extension devant être modérées pour ne point produire d'accidens, ne peuvent être suffisantes pour vaincre entièrement la tendance que produit le poids des parties vivantes; d'un autre côté, les bandes de direction ne pouvant être trop multipliées, puisque les partisans de la suspension regardent comme un de ses avantages de pouvoir laisser à nu l'extrémité fracturée, ne retiennent celle-ci que dans des points très-éloignés l'un de l'autre. En outre plusieurs d'entre-elles au lieu de l'empêcher de changer de situation, l'attireront au contraire dans le sens de la chute, puisque l'application de leur plein se fait alternativement sur ses faces interne et externe. Il en résulte qu'après un certain laps de temps les parties qui seront retenues par une bande de direction pourront s'en servir comme d'un point d'appui pour la production d'un mouvement de bascule, qui aura pour effet le changement partiel de rapports entre le membre et l'appareil, et le déplacement des fragmens. La méthode de la suspension pêche encore par d'autres inconvéniens auxquels elle est sujette; pendant que l'extension s'opère sur la jambe au moyen de la talonnière, le sous-pied, qui ne fait qu'un avec la planchette, transmet à celle-ci l'effort qu'il supporte; celle-ci le communique au jarret. Là, la puissance se décompose; une partie va agir sur la région inférieure de la cuisse et tend à la soulever; l'autre partie pousse en arrière la planchette crurale, qui entraîne avec elle la ceinture, et va ainsi s'épuiser sur le bassin. Il est facile de voir que dans une fracture de cuisse où les pièces osseuses jouissent de quelque mobilité, l'extension, telle que je viens de la décrire, aura pour résultat de déplacer le fragment inférieur et de le faire saillir en avant. Dans les fractures de la jambe, la contre-extension est opérée par une espèce de jarretière bourrée qui est appliquée en dessous du genou, ce qui me semble contraire à toutes les règles, en vertu desquelles on agit toujours sur des parties éloignées de celles qui sont brisées, et un des effets fâcheux de cette conduite doit être la tendance du fragment supérieur à se porter en arrière, et à y comprimer fortement les chairs du mollet. La suspension doit agir d'une manière défavorable dans les fractures du fémur qui siégent à peu de distance des trochanters; car pour que la planchette crurale puisse alors contenir le fragment supérieur, il faudrait qu'elle se portât jusqu'à la tubérosité ischiatique, elle exercerait alors sur le lit un frottement qui gênerait les mouvemens de l'appareil, elle incommoderait par sa dure compression sur le siége, et apporterait des obstacles à la défécation. On est donc obligé de raccourcir la planchette autant qu'il le faut pour qu'elle ne touche point la couche du blessé quand il est assis ou étendu en supination; et le fragment pelvien portant ainsi à faux, peut se déplacer dans tous les sens, sans qu'aucune puissance vienne s'y opposer. La difficulté qu'il y a de préserver du froid, dans les hivers rigoureux, les malades dont un membre est maintenu par l'appareil de M. Mayor, doit être regardée comme un désavantage réel. Les couvertures ne peuvent être portées sur les parties suspendues sans qu'elles ne laissent sous elles un espace par où le froid puisse pénétrer dans le lit. Il faut donc couvrir le membre séparément par des corps susceptibles d'y retenir la chaleur, et malgré toutes les précautions, l'endroit où ces corps rejoignent la couverture est plus ou moins exposé à l'air, ou du moins susceptible de l'être. J'ai vu la suspension devoir être abandonnée pour cette seule cause, dans un cas où on l'avait employée pour une fracture de la jambe.

De tout ce qui vient d'être dit, concluons que l'appareil de M. Mayor peut très-bien s'appliquer aux fractures des extrémités abdominales, soit que l'on veuille employer la flexion ou l'extension pour les traiter; que rien ne s'oppose à ce qu'il puisse être employé dès l'invasion de l'affection; mais qu'il ne peut point garantir de maintenir les rapports des fragmens, ni au moment de cette invasion, ni depuis ce moment jusqu'à la parfaite consolidation, et qu'il existe même certains cas où il ne peut avoir sur eux aucune prise. Qu'il peut permettre au corps quelques mouvemens latéraux, mais que le décubitus sur les côtés est presque toujours suivi du dérangement des parties qui doivent garder le repos; qu'ainsi le malade est tenu à rester dans son lit en supination, ou du moins dans l'attitude assise, et que seulement il lui est facultatif de varier l'endroit où il peut se tenir dans ces positions; que par conséquent la marche est totalement exclue dans l'usage de la suspension.

Nous voici arrivés à la troisième espèce de moyens curatifs; cette espèce peut servir dans le traitement des fractures simples, et est constituée par les appareils inamovibles. Ces appareils ont ceci de commun, qu'il entre dans leur construction une substance liquide d'abord, ou du moins facile à étendre, et susceptible d'acquérir ensuite une grande dureté par le desséchement. Plusieurs procédés ont été imaginés pour les confectionner. Mais ce que nous en dirons se rapportera spécialement à celui que Larrey met en usage, et qui a été avantageusement modifié par M. Seutin. Ces bandages se distinguent particulièrement des autres agens contentifs par l'étendue considérable de leur surface agissante, qui est repartie sur tous les points de leur circonférence et de leur longueur. Leurs vertus caractéristiques peuvent se rapporter à deux effets principaux, le premier dépendant de leur compression sur les parties molles, et l'autre de leur influence sur la position respective des fragmens. La compression qu'ils sont capables d'exercer sur les organes mous des membres peut facilement recevoir de la main du praticien qui l'emploie toutes les

qualités que j'ai indiquées dans un autre endroit comme nécessaires à son efficacité dans la première période des fractures simples. Elle peut être douée d'une action douce, uniforme, régulière et méthodique. Par la première qualité, elle ne va pas au delà du degré nécessaire à la production d'un effet antiphlogistique; elle ne bouche point les tuyaux capillaires, et n'expose point ainsi les tissus où ils se distribuent à la mortification ; elle ne fait que diminuer leur capacité, en les forçant de cette manière à ne recevoir que les matériaux nécessaires à la formation du cal, et à refuser l'excédant de ces liquides qui ne serviraient qu'à augmenter inutilement le travail inflammatoire. Par sa seconde qualité, elle agit sur tous les points où elle s'exerce avec une égale intensité, et s'oppose ainsi à ce que des parties moins comprimées que les autres, et déjà disposées à se phlogoser, ne reçoivent à leur détriment les fluides détournés des endroits voisins. Par sa troisième qualité enfin, elle refoule le sang au-devant d'elle vers le cœur à mesure qu'elle s'étend, et prévient ainsi les désordres qui pourraient résulter d'une constriction exercée sur des parties au-dessous desquelles d'autres tissus pourraient encore s'engorger. Toutes ces propriétés que l'on peut transmettre à la compression effectuée par le bandage inamovible constituent certainement un avantage qui ne doit pas être dédaigné. Toutefois avouons qu'il n'en jouit jamais à un plus haut degré qu'immédiatement après son application, et qu'à partir de ce temps jusqu'à sa parfaite dessiccation, il tend graduellement à en perdre une partie. L'on sait que la toile se contracte lorsqu'on la mouille, et revient ensuite à son état primitif à mesure que l'évaporation s'effectue. Les bandes ou les bandelettes séparées qui servent à la confection de l'appareil permanent, et qui sont ordinairement de ce tissu, doivent donc, en obéissant aux mêmes lois, se trouver un peu raccourcies au moment où la solution amylacée les imprègne. Or, comme c'est dans ce moment qu'on les applique, la compression qu'elles opèrent ne peut se maintenir au même degré d'intensité que pour autant que l'imbibition continue à se faire; mais cela ne peut avoir lieu, attendu que les propriétés essentielles du bandage dépendent de sa dessiccation. Il doit donc en résulter qu'aussi longtemps que les molécules liquides s'évaporeront, un allongement des bandes de plus en plus considérable se manifestera, et aura pour effet de produire un léger intervalle entre les surfaces d'application et les corps appliqués. C'est ce que l'expérience de tous les jours démontre clairement; car rien n'est si ordinaire que de voir la gêne que cause quelquefois en certains endroits la compression de l'appareil fraîchement appliqué, disparaître insensiblement au bout de douze ou vingt-quatre heures. Ces faits semblent ôter au bandage inamovible une de ses prérogatives, en démontrant l'annihilation des propriétés comprimantes à partir de son dessèchement complet. Mais on a eu l'ingénieuse idée de le construire de manière à lui faire représenter une espèce d'appareil bivalve, dont les côtés, quoique unis solidement, se laissent cependant rapprocher l'un de l'autre par l'usage de certains moyens, jusqu'à ce que les rapports primitifs soient entièrement rétablis. Cette modification paraît suffisante pour lui restituer les facultés que la dessiccation lui fait perdre, et pour maintenir définitivement cet état de choses jusqu'à la fin du traitement.

La manière dont le bandage permanent se comporte pour rétablir et retenir les fragmens dans des rapports convenables peut être considérée comme composée de deux modes d'action bien distincts. Le premier comprend la compression des pièces osseuses, la seconde consiste dans un double effort d'extension et de contre-extension. La compression des fragmens présente ici une convenance du remède avec le mal, une sûreté dans les résultats, que l'on chercherait en vain dans les autres appareils dont nous avons parlé. Ce n'est plus, comme dans l'appareil à attelles, cette propriété vague et incertaine de coaptation, assignée à deux ou plusieurs corps solides, qui ne semblent faire disparaître d'un côté les saillies osseuses anormales que pour leur laisser la liberté de reparaître dans un autre sens. Ce n'est également plus, comme dans la méthode à suspension, cette surface plane destinée à soutenir un corps rond dans une position invariable, et qui, n'agissant point par elle-même, ne peut effectuer la réduction qu'aussi longtemps que le membre y reste appliqué en vertu de son propre poids. C'est au contraire une action uniforme, régulière, constante, appropriée par sa qualité circulaire à la forme des organes qui doivent la ressentir, et opérée par une force qui semble avoir calculé tous les déplacemens possibles pour s'y opposer de tous les côtés à la fois. Rien de rude, de saccadé, dans l'exercice de cette force; elle peut se déployer mollement, quoique avec assurance, parce qu'un grand nombre de parties sont admises à en recevoir en même temps les effets, et qu'elle ne doit par conséquent pas concentrer sa puissance sur un espace peu étendu. Les saillies dures, les enfoncemens plus mous, ressentent également son influence, parce que le bandage inamovible jouit de la faculté de présenter des enfoncemens aux premières, et des saillies aux seconds. Les muscles, comprimés partout avec la même intensité et d'une manière perpendiculaire, éprouvent par là un obstacle à leur contraction, et ne peuvent cependant éluder en aucune manière l'action du moyen compressif. Ils restent en place, parce qu'ils ne trouvent aucun endroit où leurs fonctions puissent s'exercer avec plus de liberté. Les os fracturés tendent à conserver les rapports qu'on leur a imposés, parce qu'ils se trouvent assujettis médiatement par tous les points de leurs faces externes, et aussi bien à leurs extrémités et dans des endroits éloignés de la fracture que dans celui où siége la solution de continuité; tout mouvement de bascule, de latéralité, de rotation même, se trouvent par là rendu impossible. Ceci est rendu moins incertain encore par le maintien solide des os voisins qui sont intimement unis aux pièces fracturées et influent sur leurs mouvemens. L'irrégularité des contours et des dimensions du membre dans les différentes régions où on l'examine, loin d'être un obstacle à l'efficacité des moyens de contention, ne sont qu'une ga-

rantie de l'immobilité des fragmens, parce que l'appareil inamovible s'engrênant, s'il m'est permis de m'exprimer ainsi, dans toutes les inégalités qu'il rencontre, rend par cela même plus difficile que jamais tout glissement des surfaces vivantes sur ses parois internes.

L'extension et la contre extension opérées par le bandage permanent présentent quelques particularités qui les distinguent à coup sûr des effets produits par d'autres moyens mécaniques, qui ont eu quelque vogue dans la pratique. Elles ne ressemblent en rien à celles qui sont effectuées par l'application des machines inventées par Boyer, où l'emploi d'une puissance aveugle et difficile à apprécier est consacré, et que l on a avec quelque apparence de raison comparées à certains anciens instrumens de torture. Aucune analogie ne peut être non plus établie entre elles et les résultats fournis par les appareils de Desault, de Dupuytren, etc. L'appareil inamovible, pour restituer aux os leur longueur diminuée par un chevauchement, n'emploie point une force qui s'exerce seulement sur deux extrémités opposées du membre raccourci, et n'expose point de cette manière celles-ci à s'altérer à cause du peu d'étendue des surfaces qui doivent supporter une action assez considérable. Il n'est également point exposé à sortir des bornes au-delà desquelles un déplacement contraire à celui auquel on doit remédier peut avoir lieu, comme il paraît que cela s'est vu lorsque l'on mettait en usage les appareils dont il vient d'être question. Semblable à un aide intelligent, destiné à prêter son secours salutaire pendant toute la durée du traitement, il ne fait que maintenir en place les rapports nouveaux que la main du praticien et de ses aides a donnés aux fragmens pendant la coaptation. Ce n'est point, si l'on veut être rigoureux sur les termes, une extension et une contre-extension véritablement *actives* qu'il opère ; il reste passif jusqu'au moment où les pièces fracturées tendent à reprendre leur position primitive par un mouvement rétrograde. Alors seulement il résiste au déplacement par sa force d'inertie, en retenant pour cela les parties qui s'efforcent de remonter par un nombre de points plus ou moins considérable. Citons quelques exemples pour tâcher de faire mieux comprendre nos idées en les rattachant à des choses sensibles. Figurons-nous une fracture oblique de la cuisse pour laquelle un bandage inamovible aura été appliqué. Si un effort quelconque vient inviter le fragment inférieur à glisser sur l'autre de bas en haut, tous les endroits du bandage où il existe une incurvation tant soit peu prononcée résisteront à la fois. Ainsi, si l'on a employé l'extension, le pied d'abord sera arrêté par la portion de l'appareil qui recouvre sa face supérieure; le talon, les malléoles rencontreront un obstacle dans le rétrécissement qu'affecte le moyen contentif au-dessus d'eux ; le mollet éprouvera de la résistance de la part de la portion de l'inamovible qui se porte vers le creux du jarret, et le genou sera maintenu par celle qui surmonte le bord supérieur de la rotule. Si la flexion a été mise en usage, ce seront à peu près les mêmes effets qui auront lieu ; mais ici ce sont spécialement les endroits du bandage situés derrière le mollet et ceux qui répondent au coude-pied et à la partie antérieure-inférieure de la jambe qui seront appelés à vaincre l'effort rétrograde ; car celui-ci, en même temps qu'il sollicite l'ascension de la partie inférieure de la jambe, tend à la redresser aussi sur la cuisse. Dans tous les cas, le point d'appui des forces de résistance sera pris de proche en proche sur le bassin, qui deviendra ainsi le siége de la contre-extension. Dans l'énumération des causes qui empêchent l'ascension du fragment inférieur dans les circonstances que je viens d'indiquer, je ne compte point encore le frottement de la surface externe du membre contre les parois du bandage, parce que ce phénomène peut aussi se manifester quand on emploie l'appareil à attelles ou celui de M. Mayor. Toujours est-il que l'espèce de dissémination des résistances qui est propre au bandage inamovible, rend moins nuisible pour les parties molles la pression qui résulte inévitablement d'un effort d'extension et de contre-extension opposé à une tendance contraire de la part des organes qu'il est destiné à retenir.

La courte analyse que nous venons de faire des principaux moyens en vertu desquels l'appareil permanent agit sur les parties molles et les fragmens, nous démontre qu'il est de nature à seconder complétement les vues du chirurgien dès le début du traitement, et à remplir ainsi la première condition que nous avons posée, en favorisant la diminution de l'inflammation, et maintenant la coaptation dans l'état où il la trouve. Mais c'est surtout lorsque l'on vient à rechercher s'il possède les qualités réquises, par la seconde condition, qu'on reconnaît ses avantages prononcés sur tous les moyens de contention. Formé de pièces unies par une substance qui les a pénétrées, s'est identifiée avec elles, et leur a communiqué une dureté et une résistance comparable à celle des attelles, il garde les rapports qu'on lui a donnés pendant un temps illimité, et résiste de la manière la plus certaine à toutes les causes de déplacement qui pourraient agir sur sa substance même ou sur les parties qu'elle renferme. Aucune des pièces qui le constitue ne peut se mouvoir sur sa voisine. La partie est essentiellement indépendante du tout, et réciproquement le tout de la partie. Les impulsions extérieures, lorsqu'elles sont obliques par rapport à la surface contentive qu'ils rencontrent, ont peu de prise sur elle, parce que sa rondeur les invite plutôt à y glisser qu'à s'y epuiser. Si elles se portent directement sur l'appareil, lorsqu'elles ne sont point excessives, ou elles sont repoussées sans pouvoir imprimer aucune vibration au membre fracturé, ou, si elles forcent le bandage à changer de position, il cède en totalité, en entraînant avec lui l'ensemble des parties contenues. Les contractions musculaires éprouvent de toutes parts des résistances, tant sous le rapport de leur exécution même, que sous celui des effets qu'elles solliciteraient. Le poids de l'appareil est peu considérable, et ne peut en aucune manière en déterminer la descente, car, outre les moyens qui le retiennent sur les parties les plus élevées qu'il recouvre, les mêmes propriétés qui lui communiquent

des facultés extensives propres à résister à un glissement ascendant des membres sur sa face interne, subsistent encore dans ce cas pour l'empêcher à son tour d'exécuter un mouvement en sens inverse sur les parties contenues. La plupart de ces assertions ont été et sont encore reconnues par tous les praticiens comme empreintes d'un cachet de vérité incontestable : et cela est si certain, que l'on a toujours qualifié le bandage à compression circulaire de l'épithète d'*inamovible*, qui sert journellement à le distinguer des autres, et qui résume en elle tout ce que je viens d'avancer.

En passant en revue le mode d'action du bandage à attelles, nous avons été à même de remarquer qu'il ne pouvait produire quelques effets avantageux que lorsqu'il était aidé d'une immobilité parfaite du membre lésé ; nous avons vu qu'étant impuissant par lui-même pour assurer ce repos partiel, il se trouvait forcé d'appeler à son aide le concours d'organes sains, qu'il condamnait ainsi à une inaction prolongée, qui minait sourdement les fondemens de leur force et de leur vigueur. En jetant ensuite un coup-d'œil sur l'appareil à suspension, nous avons constaté qu'il avait pour but principal d'obvier à cet inconvénient grave ; mais en même temps l'examen attentif de ses propriétés nous a démontré qu'il ne pouvait qu'alléger le mal, et qu'il était impossible de lui attribuer la faculté de le faire disparaître entièrement. Nous avons conclu que ces deux méthodes étaient incapables de remplir la troisième condition nécessaire à un bon appareil à fractures, qui a pour objet de permettre le mouvement de toutes les parties du corps, à l'exception de ceux des membres où siége la lésion. Il était réservé au bandage inamovible de venir combler cette lacune. Il est clair que pour vaincre la difficulté, il fallait trouver un moyen qui pût assurer aux fragmens et aux os contigus à chacun d'eux une position respective invariable. Ceci étant fait, il devenait de toute évidence que la locomotion générale pouvait alors être permise sans aucune crainte, attendu qu'elle ne peut nuire à la coaptation qu'en agissant sur elle par l'intermédiaire des systèmes osseux au moyen desquels l'ensemble du squelette se continue avec les pièces fracturées. Or l'appareil permanent produit visiblement cet effet : en vertu de ses propriétés primitives, qui lui permettent de s'adapter à tous les contours, et condamne ainsi l'articulation qui les unit au repos le plus parfait ; lorsqu'il s'est solidifié, il tient lieu à l'extérieur du membre des soutiens brisés à son centre, et y représente une colonne creuse, d'une étendue proportionnée à celle du levier dont la continuité a été détruite ; cette colonne embrasse tellement les systèmes osseux contigus aux pièces fracturées, que si ceux-ci viennent à changer de situation et à supporter un effort, en vertu d'un mouvement ou d'une pression qui leur est communiquée, elle en supporte les effets avant que les parties qu'elle contient en reçoivent aucune atteinte : d'où il suit qu'ainsi ces parties sont mises à l'abri de toute influence de la part des os qui pourraient leur transmettre des principes de déplacement, et que si elles se meuvent, ce ne peut être que par la sollicitation de l'appareil qui les entoure, et qui, en les entraînant avec lui, veille à ce que les rapports établis se conservent dans toute leur intégrité. C'est en vertu de ces propriétés du bandage inamovible que les changemens de situation du bassin qui ont lieu pendant qu'un membre abdominal fracturé en est enveloppé, se transmettent directement à la partie supérieure de la colonne, qui attire avec elle tout d'une pièce la jambe, le pied et la cuisse dans la direction nécessaire pour qu'aucun changement de rapports ne puisse avoir lieu dans l'articulation coxo-fémorale ; c'est encore de cette manière que dans la station supposée sur le membre lésé maintenu par le bandage, le bassin, qui soutient le poids du corps, le transmet tout entier à la colonne ; et c'est au point que l'on a vu des blessés marcher sur une jambe fracturée *inamovibilisée*, sans qu'aucun désordre en ait été la suite. Ce n'est point qu'il faille croire cependant que l'appareil permanent soit destiné à permettre la marche en y faisant concourir le membre abdominal même qui a souffert la lésion de continuité : Il y aurait une certaine témérité à en agir de la sorte, et d'ailleurs cela serait impossible dans certains cas, puisqu'il est facile de voir qu'au contraire l'inamovible sert particulièrement à maintenir forcément toutes les articulations dans la plus parfaite immobilité : mais au moyen du membre sain et de deux béquilles, le malade pourra par son usage être rendu sans danger à la vie de relation prise dans toute son étendue, et sera libre de satisfaire à tous ses besoins sans l'assistance d'aucun aide. Le lendemain de l'invasion d'une fracture, on le verra se transporter à des espaces assez éloignés, monter en voiture, s'adonner à certaines occupations, et reprendre en partie ses habitudes sociales ; et ces avantages donnent bien certainement au bandage permanent la prérogative d'ôter aux fractures des extrémités inférieures une grande somme de gravité, d'assimiler à peu près ces affections à celles des membres thoraciques, et de faire faire par là un pas immense à la thérapeutique des solutions des os, en la rendant plus sûre, moins désastreuse, et moins effrayante pour l'humanité.

Il nous reste à voir si l'appareil inamovible peut être indifféremment mis en usage lorsque la coaptation exige la flexion ou l'extension. Nous avons déjà remarqué en examinant ses propriétés extensives et contre-extensives, qu'il assurait par son application la persistance des rapports nouveaux que le praticien venait de donner aux parties pendant la réduction de la fracture. Mais cette faculté de pouvoir assujettir les choses dans l'état où il les trouve ne s'applique point seulement aux fragmens, mais bien à toutes les positions où il rencontre le membre ou l'une de ses parties. Pour montrer son efficacité, il ne réclame point surtout l'extension, comme l'appareil à attelles ; il n'est point exposé, comme celui de M. Mayor, à des inconvéniens, lorsque l'on combine son emploi avec la flexion. Il n'a aucune préférence, et s'accommode également de la flexion et de l'extension et dans l'un et l'autre cas il jouit de toute la plénitude de ses propriétés. Bien plus, il permet de donner librement au membre des attitudes diverses, et des positions

mixtes, résultant de l'usage simultané de l'extension ou de la flexion, et de la pronation ou de la rotation, de l'adduction ou de l'abduction, suivant qu'on le juge convenable. Ainsi, s'il pouvait se présenter un cas où le bras dût être maintenu éloigné du corps, il possèderait la faculté de le contraindre à tenir cette attitude; il en serait de même s'il pouvait être utile d'allier une forte pronation de l'avant-bras avec sa flexion, la flexion d'un seul doigt avec l'extension des autres, une forte rotation du pied en dedans ou en dehors, et dans mille autres variétés de position que l'on se figure aisément, et qu'il serait trop long d'énumérer. On conçoit que la plupart de ces effets seraient très-difficiles à produire avec l'appareil à attelles, et tout à fait impossible avec la méthode de la suspension. L'indifférence du bandage inamovible pour t ute espèce de situation où il trouve les parties qu'il doit recouvrir est telle, que s'il rencontre même une saillie anormale vis à vis la fracture, une déviation insolite du membre, il maintient tout dans cet état; c'est ce que ne produiraient pas les appareils dont nous avons parlé, parce que le premier tend à rétablir la rectitude par la pression des attelles, et que le second produit à peu près le même résultat avec son plan de support et ses bandes de direction. L'inamovible laisse ainsi tout à faire à l'adresse et au génie du praticien, et ne se montre que le docile serviteur de ses volontés, sans prétendre remplir ses vues autrement que d'une manière absolument passive. Cette circonstance, loin de lui ôter son mérite, l'isole de la classe des moyens mécaniques, dont le crédit est si justement tombé aujourd'hui dans la pratique chirurgicale, car l'on n'est jamais aussi certain d'en calculer les effets que d'apprécier ceux que l'on produit au moyen d'une extrémité sentante appliquée immédiatement sur les parties.

Les divers rapprochemens que nous avons déjà faits en plusieurs endroits des trois principaux moyens contentifs employés aujourd'hui dans le traitement des fractures nous ont fait entrevoir cette vérité, que l'inamovible ne peut le plus souvent être mis en parallèle avec les deux autres, et qu'il les éclipse par des vertus dont ils ne présentent aucun vestige, et qui l'élèvent à une hauteur qu'ils doivent désespérer d'atteindre. Le simple exposé des propriétés des appareils à attelles, à suspension, et à compression circulaire doit nous avoir été suffisant pour que le bon sens indique que ce dernier seul jouit de la prérogative de remplir les quatre conditions principales que nous avons considérées comme la pierre de touche au moyen de laquelle on pouvait reconnaître le véritable appareil qui convient aux fractures simples. Ainsi, il doit maintenant paraître bien clair pour nous, que lui seul peut mettre en exercice une puissance appropriée à l'état des choses, docile aux vues du praticien, qui assure la persistance de la coaptation dès l'invasion de la maladie sans aucun préjudice pour le blessé, et par un mécanisme tout particulier de compression, d'extension et de contre-extension; que cette puissance une fois appliquée, peut agir d'une manière toujours uniforme pendant tout le temps que dure le travail de la consolidation, et rend par là inutiles des réapplications qui ne peuvent guère s'opérer sans que le membre fracturé ne souffre quelques déplacemens contraires au vœu de la nature; que lui seul encore peut rayer de la série des accidens fâcheux qui accompagnent les ruptures des os, toutes les suites funestes d'un repos universel nécessité par une affection locale, qui n'est point par elle-même susceptible d'influer sur la santé de la collection de tous les organes; qu'enfin il n'y a que lui qui ne refuse point d'assujettir la partie dans toutes les positions où sont capables de les placer la contraction ou le relâchement de tel ou tel système de muscles. Dans les recherches que nous avons faites pour parvenir à la connaissance de ces résultats, nous n'avons envisagé le moyen curatif que dans ses rapports avec la succession des phénomènes qui peuvent apparaître dans le cours du traitement, avec la terminaison heureuse ou malheureuse de la maladie; nous n'avons point fait entrer dans la balance des considérations relatives aux commodités du chirurgien et à l'économie dans la pratique, qui sont cependant des points qui méritent d'être examinés dans une discussion qui a pour objet de décider de la valeur de plusieurs moyens thérapeutiques. Si nous effleurons rapidement ces points avant de quitter le sujet des fractures simples, il nous sera facile d'entrevoir qu'un examen plus approfondi nous y ferait trouver une source d'avantages, par lesquels l'inamovible se distinguerait encore. Quel moyen en effet pourrait comme lui résumer toute la besogne du chirurgien en une heure de travail et quelques jours de surveillance? serait-ce l'appareil à suspension? Non certainement, car nous savons qu'il présente une action coaptatrice incertaine, susceptible d'être éludée dans certaines circonstances, et présentant ces caractères à toutes les époques du traitement. Or, là où il y a possibilité de désordre, il y a nécessité de soins tendant à les prévenir, de vigilance tendant à les constater, et de travail pour y rémédier lorsqu'ils sont survenus. Serait-ce le bandage à attelles? Encore moins, car tous ceux qui fréquentent les hôpitaux savent le temps immense que l'on est obligé de consacrer aux fractures qui sont traitées par ce moyen. C'est au point que le replacement des pièces de l'appareil qui ont contracté des rapports vicieux, la reconstruction de nouveaux bandages, la restauration des lits, etc., absorbent quelquefois la moitié et même les trois quarts du temps qui est destiné à la visite des blessés, surtout si l'on a affaire à quelques-uns de ces individus inquiets et accoutumés au mouvement, qui se remuent sans en avoir la conscience, et bouleversent à chaque instant les pièces contentives sans s'en apercevoir; dans les hôpitaux où l'on reçoit des enfans, il suffit de quelques fractures du membre inférieur, pour que l'on se trouve obligé d'appliquer journellement de nouveaux appareils, si l'on veut éviter l'infection de la salle, l'émaciation des parties molles, et le déplacement des fragmens. Avec le bandage inamovible au contraire, le praticien et quelques aides font un seul pansement: ce pansement réclame, il est vrai, une connaissance exacte

des lois suivant lesquelles la coaptation s'opère, et une attention soutenue pendant toute la durée de son application, puisque c'est de lui que dépendent tous les résultats définitifs ; mais une fois qu'il est terminé, les soins manuels cessent ; une surveillance est encore nécessaire jusqu'à ce que la dessiccation soit complète et que la période mentale des phénomènes inflammatoires soit achevée. Mais une fois arrivé là, le chirurgien peut sans aucune crainte perdre de vue son malade, et le laisser agir à sa guise. S'il est dans un établissement public, il peut en sortir, et aller respirer un air pur, loin des foyers miasmatiques ; il reviendra se présenter aux yeux de l'homme de l'art après cinq ou six semaines, et la tâche de celui-ci se terminera souvent alors par l'enlèvement de l'appareil, tandis que la gêne et les incommodités du blessé disparaîtront par le recouvrement d'une douce et précieuse liberté. S'agit-il d'examiner ensuite l'économie du remède ? Quelle parcimonie l'appareil permanent ne met-il pas dans l'exigeance des matériaux et des moyens accessoires nécessaires à son application ? Le bandage à compression latérale réclame dans les hôpitaux des attelles de toutes les dimensions, des lits particuliers pour les fractures, des matelas et des coussins confectionnés expressément pour elles ; l'appareil de M. Mayor exige que l'on ait toujours prêtes des planchettes nombreuses, des lits propres à la suspension, un attirail de moyens suspenseurs et propres à l'extension, la contre-extension et la coaptation ; mais l'inamovible n'exige qu'un peu de linge, quelques bandelettes ou bandes, un peu de carton dont on pourrait même se passer au besoin, et une solution amylacée, destinée à faire un tout des différentes pièces constituantes ; point de matelas ni de coussins particuliers, car ils seraient sans action sur le membre *inamovibilisé ;* point de lits à fractures, car l'appareil n'occupe que peu d'espace, et la position du corps lui est indifférente. Il s'accommode également d'une couchette de paille chez les indigens, et d'un lit moëlleux chez les personnes aisées en ville, à la campagne ; dans la chaumière du pauvre artisan comme dans les demeures des Crésus de notre siècle, tous les matériaux qui entrent dans sa composition se trouvent sous la main, et ne nécessitent aucune recherche propre à faire perdre du temps. Quelles précieuses qualités pour un appareil destiné à guérir des affections auxquelles toutes les classes de la société sont journellement exposées, et qui réclament des secours si pressans, que chaque moment de temporisation est un pas de plus fait en avant par la maladie, et un mouvement retrograde qui place le chirurgien sur un terrain de plus en plus désavantageux pour l'attaquer et le combattre avec succès !

D'après toutes ces considérations et celles qui précèdent nous pouvons dire avec assurance *que le meilleur traitement des fractures simples consiste dans l'application de l'appareil inamovible, mis en usage immédiatement après l'accident, et continué jusqu'à parfaite consolidation.* Ici je prévois que l'on pourra faire une objection qui semblera propre à rompre la chaîne de nos raisonnemens, et à ébranler ainsi toutes nos conclusions dans leurs bases. L'on dira : « *Vous avez » disserté sur les fractures simples, et vous avez assigné pour caractère à ces affections d'être susceptibles de réduction, et d'être exemptes de toutes lésions importantes des parties molles, et de la présence des esquilles tout à fait détachées des parties vivantes. Nous voulons, bien comme vous être d'avis, que dans ces circonstances, l'inamovible peut être appliqué ; mais ces circonstances, avez-vous donné les moyens de les reconnaître ? Avez-vous indiqué la manière de pénétrer au sein des parties lésées pour y découvrir l'étendue des désordres que nos sens ne peuvent apprécier ? Si vous ne l'avez pas fait, quelles difficultés avez-vous levées, et comment pouvez-vous prétendre prescrire un moyen curatif contre un genre d'affections qu'aucune donnée ne peut vous faire diagnostiquer ?*» Ces raisons sont spécieuses, et si elles étaient sans réplique, il faudraît se résoudre à convenir que le praticien ne sait ce qu'il fait en appliquant le bandage inamovible et que si cet appareil produit quelquefois d'heureux résultats, il ne les doit qu'aux caprices d'un aveugle hasard. Mais il est facile de détruire cet argument : non, je n'ai point eu la prétention de poser des règles pour distinguer *dans tous les cas possibles* une fracture simple d'une fracture compliquée, et j'avoue qu'il serait difficile d'y parvenir. Il existe en pathologie des transitions insensibles d'un genre d'affections à un autre tout à fait différent, qui sont de nature à faire prendre pour un moment le change au praticien, ou à le forcer du moins de suspendre son jugement. Mais s'ensuit-il pour cela qu'il n'y ait plus de certitude possible en chirurgie ? Et partira-t-on de ces faits pour assurer que l'on ne peut assigner une médication particulière à chacun des deux extrêmes ? Il y a une différence énorme entre l'inflammation et le cancer. Cependant, entre l'induration, qui est une des terminaisons de la première, et le squirrhe, qui est souvent l'origine du second, il y a une ressemblance telle, qu'elle peut quelquefois induire à méconnaître leur véritable caractère : sera-t-on obligé de tirer de cette vérité la conséquence qu'il est impossible de diagnostiquer l'inflammation et de la combattre par un traitement rationnel ? De ce qu'il est épineux de décider dans certains cas si une contusion forte d'un membre doit être suivie de mortification ou non, devra-t-on conclure qu'il doit devenir douteux s'il faut ou non pratiquer l'amputation pour une ecchymose ? On est tenté de sourire en entendant poser ces questions : cependant le domaine de la science fourmille de cas pathologiques analogues à ceux que je viens de citer. On n'a jamais pour cela songé à ébranler la confiance des hommes de l'art dans des médications avouées par l'expérience et appliquées à des maladies bien dessinées. Que l'on ne soit donc point surpris si nous proposons d'en agir aussi de la même manière dans le traitement des fractures. Il n'est point de praticien tant soit peu expérimenté qui ne soit souvent à même de prononcer hardiment et sans crainte d'être démenti par les événemens, sur la complication ou la simplicité d'une rupture osseuse. Le dernier état

possède donc souvent des caractères qui ne permettent point de le méconnaître, et comme nous avons vu que le bandage inamovible lui convient spécialement, il faut appliquer ce moyen curatif lorsqu'une fois il a été bien constaté. Mais faudra-t-il repousser absolument son emploi dans ces espèces de cas de transition dont nous avons parlé? Nous ne le pensons pas : en agir ainsi, ce serait vouloir ôter au praticien l'exercice de ce tact exquis, de cette puissance comparative qui lui fait juger par l'analogie, cette expérience secondée par le génie des rapprochemens, qui excite en lui des déterminations dont il ne peut pas toujours se rendre compte, mais qui manquent rarement de faire arriver au but qu'il faut atteindre. Il faut alors laisser un libre essor à sa volonté, et s'il juge que l'inamovible puisse remplir ses vues, se reposer sur sa perspicacité qui lui aura fait discerner le remède le plus en rapport avec les dispositions de la nature, et attendre les résultats pour prononcer s'il a été égaré par de fausses suppositions, ou si la route dans laquelle il a marché était celle de la saine et prudente chirurgie.

Nous avons maintenant par devers nous un grand nombre de ruptures des os dont la meilleure thérapeutique nous est connue : car l'état simple de ces affections étant celui qui se présente le plus fréquemment, et sachant que le bandage inamovible est le moyen curatif qui leur convient le mieux, il doit nous paraître bien indiqué *de l'employer dans la majorité des cas de fractures*. Il nous reste, pour terminer ce mémoire, à examiner la conduite que le chirurgien doit tenir lorsqu'il est appelé à soigner les fractures compliquées. Ces lésions sont caractérisées par des désordres divers qui les accompagnent, qui peuvent mener quelquefois le blessé au tombeau, ou qui, s'ils ne sont pas incompatibles avec la guérison, empêchent, entravent ou vicient le travail de la nature, et s'opposent plus ou moins à ce que l'on remplisse l'indication fondamentale du traitement de toute solution de continuité des os, qui consiste à réduire les pièces fracturées et à les maintenir dans cette situation. Les nuances qui établissent des distinctions entre ces affections sont, comme nous l'avons déjà vu, extrêmement nombreuses. Cependant nous croyons pouvoir les diviser en trois ordres principaux, qui nous semblent assez tranchés dans la pratique. Le premier comprend les fractures compliquées dans lesquelles doit survenir une inflammation, portée au delà du degré nécessaire à la formation du cal, mais ne devant point cependant se terminer par suppuration, ni par gangrène; le second renferme celles où la suppuration doit être le résultat certain des accidens accessoires à la lésion principale ; le troisième enfin comprend les ruptures des os accompagnées d'un tel délabrement que la perte de la partie en doit être la conséquence inévitable.

L'inflammation propre au premier ordre de ces fractures peut dépendre de plusieurs causes, parmi lesquelles les plus fréquentes sont une forte contusion des parties molles, produite par le choc d'un corps qui a agi d'une manière directe, la présence des extrémités fracturées au milieu des chairs, ou la concomitance d'une déchirure complète ou incomplète des ligamens d'une articulation voisine ayant ou non donné lieu à une subluxation ou à une luxation. Il est assez rare que la contusion présente un tel caractère de gravité qu'elle doive déterminer une inflammation assez intense pour être susceptible de s'aggraver par l'application d'une compression douce et égale ; cela peut cependant avoir lieu, et on conçoit qu'alors l'inamovible ne peut être convenable, et qu'il faut se contenter de l'application lâche du bandage à attelles, ou de l'emploi de l'appareil à suspension. Quant à la présence des fragmens au milieu des parties molles, elle n'est de nature à déterminer une phlogose inquiétante que lorsqu'une cause fracturante agissant avec beaucoup de force, ou des contractions musculaires très-énergiques, ont excité les fragmens à déchirer une étendue considérable de tissus, ou bien lorsque des circonstances particulières les obligent à séjourner pendant un laps de temps assez long dans la position anormale où ils se trouvent. Cette dernière complication se présente lorsque la réduction est impossible immédiatement après l'accident, ou bien lorsqu'une portion de l'os, qui n'est point assez détachée pour jouer le rôle de corps étranger, continue cependant malgré les manœuvres les mieux combinées, à rester écartée de la tige dont elle faisait partie. Dans toutes ces circonstances, il est prudent de se conduire comme lorsqu'il existe une contusion considérable, et de s'abstenir de tout moyen qui ne pourrait agir sur les fragmens qu'en appuyant d'abord sur les parties où les phénomènes pathologiques subséquens doivent se déclarer. Il en est de même lorsque la fracture est accompagnée de déchirures importantes des ligamens, ou de luxation complète ou incomplète : car on doit toujours s'attendre alors à devoir combattre des désordres inquiétans, lors même que, par les moyens les plus convenables, l'on a remédié complétement aux déplacemens auxquels ces fâcheuses complications pouvaient avoir donné naissance. Mais lorsque l'inflammation a été maîtrisée par les remèdes appropriés à la nature du mal, lorsque la contusion qui a amené la réaction a passé par toutes les phases de sa marche, lorsque les parties molles qui entourent les fragmens déplacés se sont modifiées de manière à ne plus ressentir aucune impression nuisible de leur présence, lorsque la cicatrisation des parties ligamenteuses et synoviales commence à s'opérer, la fracture rentre dans toutes les conditions nécessaires pour revêtir le caractère de la simplicité, se plie facilement à tous les moyens qui conviennent à cet état, et les exige même pour marcher vers une heureuse terminaison. On peut donc diviser la durée des fractures qui sont compliquées par la phlogose en deux périodes distinctes : 1° La période inflammatoire, qui n'admet pas l'appareil à compression circulaire, et requiert celui à attelles ou à suspension ; 2° la période de consolidation qui réclame, aussi bien que les fractures les plus simples, l'application du bandage inamovible, qui reprend alors toute sa supériorité. Quand bien même il y aurait persistance invincible de l'irréductibilité, menace d'an-

kylose, ou commencement de formation d'articulation anormale, l'appareil permanent n'en serait pas moins indiqué; car dans la première supposition, il faut se résoudre dans toutes les manières à une déformation du membre; dans la seconde, le bandage peut être employé sans contraindre au repos l'articulation qui veut se souder; et dans la troisième, il n'est aucune puissance capable d'empêcher la nature de construire un nouveau système articulaire, s'il y a impossibilité absolue de reporter les surfaces articulaires dans le lieu qu'elles occupent à l'état naturel.

Le travail de suppuration qui distingue le second ordre de fractures compliquées tire son origine de trois sortes principales de lésions : les unes occupent la superficie du membre, les autres ses parties profondes, et les dernières attaquent en même temps sa superficie et son centre. Les lésions, situées à l'extérieur, et qui y donnent lieu sont : les affections externes accompagnées de suppuration, telles que l'inflammation du tissu cellulaire sous-cutané; les plaies superficielles qui ne peuvent se guérir que par seconde intention; les contusions qui ont attaqué spécialement la peau et qui sont assez violentes pour déterminer la formation d'une escarre, après la chute de laquelle une sécrétion purulente se manifeste. Toutes ces affections ayant une marche absolument indépendante de celle de la rupture osseuse, et celle-ci étant exposée alors à se consolider difficilement ou d'une manière irrégulière si on ne s'y oppose par la coaptation exacte, le bandage inamovible peut encore être ici éminemment utile, car il peut être disposé de manière à laisser à nu les parties qui doivent subir une médication particulière, sans perdre pour cela aucune de ses propriétés contentives. Il n'y aurait que dans les cas peu fréquens où la surface suppurante aurait une étendue très-considérable, ou serait entourée d'un cercle inflammatoire qui s'étendrait au loin à la superficie et dans la profondeur des parties, que ce moyen ne pourrait être mis en usage, et qu'il faudrait se contenter du bandage à attelles très-peu serré, ou de l'appareil à suspension, suivant le siége de la solution de continuité accessoire; il pourra cependant arriver que celle-ci se trouvant située sur les endroits où les attelles ou les planchettes doivent porter leur action, ces moyens mêmes deviennent inapplicables, et d'ailleurs la surface du membre s'étant cicatrisée, l'inamovible doit les remplacer, si la consolidation n'est point encore effectuée. Les lésions affectant les parties profondes du membre fracturé qui sont tôt ou tard suivies de l'issue du pus à l'extérieur, sont constituées par la présence des esquilles, qui se comportent alors comme des corps étrangers, et s'entourent d'un foyer de matière qui leur trace ensuite une route pour sortir du sein des organes; et par la carie et la névrose, qui tendent en définitive à produire les mêmes résultats. Ces deux dernières affections ne devenant manifestes qu'après un certain laps de temps, ne peuvent occuper l'idée du praticien immédiatement après l'invasion de la fracture, et ne doivent par conséquent influer en aucune façon sur ses déterminations relatives au premier appareil à employer; lorsqu'elles se montrent avec leurs symptômes caractéristiques, ou une partie de l'os s'est consolidée, et alors tout bandage contentif devient inutile; ou le séquestre qui occupe toute l'épaisseur de la tige osseuse s'est enveloppé d'une virole solide qui remplit les fonctions des parties mortifiées et est susceptible de la même résistance, et lorsqu'il en est ainsi il devient également inutile de continuer l'emploi des appareils à fractures; ou les fragmens ont conservé leur mobilité anormale, et alors il faut désespérer de pouvoir obtenir la consolidation avant la parfaite guérison de l'affection qui attaque les surfaces fracturées. Mais dans ce cas, comme il pourrait se faire que des mouvemens inconsidérés fissent entrer les fragmens dans les chairs, ou déterminassent la formation d'une fausse articulation, il faudrait ne point abandonner entièrement le membre à lui-même, et il conviendrait de continuer l'emploi d'un moyen contentif. L'appareil à attelles, ou mieux encore celui de M. Mayor, serait ici le meilleur, parce qu'en le mettant en usage on peut mieux suivre les progrès de la carie ou de la névrose, et les combattre par les remèdes que réclament chacune des périodes de leur marche. Pour ce qui regarde la présence des esquilles, elle doit entrer pour quelque chose dans les raisons qui engagent le chirurgien à se conduire de telle ou telle manière immédiatement après l'invasion de la fracture, et si on peut les reconnaître assez bien pour prononcer qu'il y aura élimination osseuse, comme cette élimination ne peut se faire sans la concomitance de certains désordres souvent assez grands, il faut écarter encore l'idée de l'application du bandage inamovible, et recourir à l'un des autres moyens de contention dont nous avons déjà parlé. Les lésions attaquant en même temps la superficie et le centre du membre fracturé et qui peuvent produire un travail de suppuration sont le résultat d'une contusion située de telle manière que la chute des parties dont elle détermine la mortification doit mettre à nu les surfaces fracturées, ou d'une plaie qui pénètre jusqu'aux fragmens, et qui a été produite, soit par la cause qui a rompu l'os, soit par les parties brisées elles-mêmes. Il y a ici cette remarque à faire, que contrairement à ce qui existe dans les lésions intérieures, la matière trouve ordinairement une voie toute faite par où elle peut s'épancher à l'extérieur, et que son incarcération au milieu des tissus et les étranglemens et l'inflammation éliminatrice qui en sont les suites, sont moins à craindre : ce qui fait que les appareils qui compriment légèrement ne présentent plus les mêmes inconvéniens dans ces circonstances. La question de savoir s'il faut panser souvent ou rarement ces plaies ou ces contusions a été l'objet de discussions assez vives. L'on connaît l'énorme différence qui existe entre l'action de l'air atmosphérique s'exerçant sur une surface suppurante située à la superficie du corps, ou sur une autre occupant la profondeur des organes et communiquant avec l'extérieur par des conduits plus ou moins sinueux. Là, le renouvellement continuel des couches de ce fluide qui sont en contact avec la plaie, fait qu'il n'a point le temps d'acquérir des

qualités nuisibles pour l'affecter d'une manière défavorable, à moins qu'il ne les possède déjà d'avance; ici au contraire, l'air introduit dans l'espèce de cavité que présente la solution de continuité, y séjourne, s'y décompose, s'y corrompt, et y contracte des propriétés tellement meurtrières, qu'il provoque des ravages considérables dans les parties voisines, et trouble toute l'économie par une action sur le système nerveux à peu près semblable à celle des gaz putrides qui se forment dans les tissus frappés de gangrène. La suppuration, quoiqu'étant le produit d'une sécrétion morbide, n'est point à beaucoup près aussi funeste par son contact avec les parties vivantes dénudées, et l'on a même observé qu'une légère couche de pus est souvent le meilleur topique dont on puisse recouvrir les plaies. Si donc, par un expédient quelconque, on peut parvenir à remplacer la présence de l'air sur les surfaces affectées par une certaine quantité de matière qui s'oppose à l'entrée de ce fluide après l'avoir expulsée des endroits où elle s'était amassée, la raison indique que l'on rendra un service important au blessé; c'est ce que prétendent faire les partisans des pansemens rares; et comme les fractures dont il est question dans ce moment se trouvent dans la catégorie des solutions de continuité où l'introduction de l'air est le plus funeste, et que le bandage inamovible est de sa nature un pansement rare capable de retenir la suppuration sur les parties malades, et d'empêcher ainsi l'insinuation de l'air atmosphérique, ces praticiens s'en sont emparés comme d'un moyen éminemment salutaire contre ces lésions. Ils y ont été d'autant plus portés, que cet appareil, tout en produisant selon eux les résultats les plus avantageux sur la plaie, possède en même temps la faculté d'empêcher le mouvement des fragmens de devenir une nouvelle cause aggravante, et d'agir en troisième lieu dans le sens d'une consolidation future. Ils lui ont attribué encore un autre avantage; c'est d'empêcher par sa résistance et la pression qu'il exerce sur les parties dénudées par l'intermédiaire de la matière purulente, une sécrétion trop abondante de cette matière, qui plonge si souvent le blessé dans un marasme qui le conduit aux portes de la mort. Larrey s'est constitué en France l'ardent défenseur du bandage inamovible appliqué dans ces cas; il faut avouer que les annales de la science présentent des faits en tout favorables à l'emploi de ce moyen curatif. Cependant, comme ce point mérite encore de passer par le creuset de l'expérience avant de fixer définitivement les idées des hommes de l'art, nous croyons qu'il serait téméraire pour nous de vouloir encore rien décider sur ce sujet, et nous laisserons aux observateurs habiles et zélés la tâche de dissiper par leurs doctes travaux les incertitudes et les ténèbres qui environnent encore cette partie importante de la science chirurgicale.

Le troisième ordre qui subdivise les fractures compliquées, et qui embrasse la collection des ruptures osseuses accompagnées d'un délabrement suffisant pour que la perte de la partie en soit la suite, doit son existence à l'action brusque de corps pésans mus avec vitesse, à des écrasemens, à des lésions étendues et attaquant les organes du membre essentiels à la circulation et à l'innervation. Ce serait ici le lieu d'examiner les questions si souvent débattues de savoir quelles sont les circonstances qui indiquent telle ou telle opération chirurgicaleou la proscrivent; quand l'amputation devient nécessaire et quand elle doit être rejetée; quelles sont les périodes de la maladie où il convient que le chirurgien les pratique? etc. Mais je m'arrête devant l'importance et la hauteur de ces questions, car je craindrais en les abordant de manquer de forces pour fournir la carrière que je devrais parcourir. Les fractures arrivées à ce point de complication, ne constituent d'ailleurs plus la lésion principale, et ce n'est évidemment plus contre elles que doivent être dirigés les moyens thérapeutiques, puisqu'il faut abandonner toute idée de coaptation pour sauver avant tout les jours du blessé. Les appareils contentifs deviennent alors inutiles et même nuisibles; et comme c'est spécialement sous le rapport de leur application que nous avons considéré jusqu'à présent les fractures, nous croyons être arrivé au terme que nous ne devons point dépasser, si nous ne voulons point sortir du plan de notre dissertation.

Nous avons vu dans le cours de ce mémoire que plusieurs difficultés s'opposaient à ce que le meilleur traitement des fractures en général pût être applicable à toutes sans distinction; que ce traitement se composait de deux indications capitales relatives à l'affrontement et au maintien des fragmens; que la coaptation réclamait deux moyens principaux, la position et l'appareil contentif. Après avoir ensuite émis quelques idées sur la position à donner au membre fracturé, nous nous sommes arrêté exclusivement à l'examen du meilleur appareil contentif. Pour le reconnaître, nous nous sommes d'abord attaché à poser quelques conditions propres à faciliter nos recherches sur ses avantages dans les fractures simples, que nous avons regardées comme le type des ruptures osseuses; nous avons ensuite passé successivement en revue les propriétés des appareils à *attelles*, à *suspension* et *inamovible*, et nous avons remarqué que ce dernier seul remplissait les quatre conditions que nous avions exigées, et qu'il excellait en outre par les commodités qu'il présente au praticien et l'économie de son usage; ceci étant connu, nous avons examiné le traitement à suivre dans les fractures compliquées, que nous avons divisées en trois ordres; nous avons vu que dans celles du premier ordre, les appareils à attelles ou à suspension devaient être employés dans la première période, et l'inamovible dans la seconde; que dans le second ordre, les trois espèces d'appareils recevaient leur application dans les différens cas qui le constituent; et que dans le troisième, tout appareil contentif devenait inutile. En rattachant maintenant ces idées à quelques expressions génériques, il nous sera facile de répondre en peu de mots à cette question posée par le Congrès : *Indiquer le meilleur mode de traitement des fractures des membres;* et nous pourrons en donner la solution de la manière suivante : *Il est impossible qu'un seul traitement convienne à*

toutes ces fractures ; mais, pour celles qui sont simples, le meilleur traitement consiste dans l'emploi du bandage inamovible. Dans les fractures compliquées, les appareils principaux employés aujourd'hui peuvent convenir, suivant l'occurrence; mais une fois les accidens qui constituent la complication passés, si la consolidation n'est pas terminée, le bandage inamovible est indiqué.

Rapports de la statistique et de la médecine.

(1er ARTICLE.)

Depuis quelque temps on parle si haut des vérités nouvelles que ce qu'on nomme la statistique a données et promet encore à la médecine, qu'il me paraît urgent de chercher à établir les véritables rapports de ces deux sciences, en partant du cercle dans lequel chacune d'elles se développe, et de tâcher de reconnaître ainsi si ce qu'on prend pour la statistique n'est pas un de ces feux follets qui égarent les savans et les engagent dans une fausse voie où ils trouvent tout autre chose que ce qu'on aurait pu attendre de l'application rigoureuse de deux sciences dont on connaîtrait bien la nature.

Établir les rapports de deux sciences, tout le monde le sait, c'est déterminer les parties communes qui les lient en augmentant les données qu'elles mettent en œuvre. Ces parties communes appartiennent toujours à la matière de ces sciences, aux objets réels dont elles traitent et ne touchent en rien leur méthode qui est proprement la manière dont le sujet rattache certaines connaissances homogènes à un principe unique, centre commun où elles aboutissent et dont elles partent, comme les rayons d'un cercle. Ce principe, à la fois source, moyen d'union et fin de ces sciences diffère essentiellement pour chacune d'elles et entraîne avec lui la différence de la méthode (1).

Pour déterminer les rapports de la statistique et de la médecine nous avons donc à revoir au moins sommairement la matière de la première de ces sciences et l'importance relative de ses différentes parties, et à déduire de ces notions les liaisons qu'elle peut avoir avec la médecine dont on connaît d'ailleurs la matière et la nature.

La vie de l'homme, considérée dans sa destination réelle, est le développement complet de sa personnalité, en accord avec le bien-être de ses semblables; pour atteindre cette destination, il doit certes la connaître, mais surtout posséder les moyens qui peuvent l'y conduire. Fruits de l'expérience des siècles, ces moyens ne sont pas au pouvoir de l'homme isolé; ils ne se trouvent que dans la vie sociale ou commune qui se manifeste dans ces grandes individualités dont la nature propre résulte de l'action combinée de leurs différens élémens : ces individualités sont les membres de la société humaine, les États. La destination de l'homme demande donc qu'il connaisse le point de départ de l'État dont il fait partie, et le développement particulier qu'il a eu dans le passé; qu'il sache sa situation présente et prévoie les destinées que l'avenir lui réserve. Ces trois temps de l'existence de l'état sont l'objet de la science politique, et la statistique, l'une de ses parties, a pour matière la situation présente et tout ce qui s'y rapporte. Cette science se fond par des nuances si délicates dans l'histoire politique (passé de l'État) et dans la politique proprement dite (avenir de l'État) qu'à mon sens on ne pourra jamais déterminer ses limites d'une manière bien exacte; et quoiqu'on dise que la notion mathématique du présent ne lui est pas applicable et que le présent politique est la période de durée d'une même situation (1), il n'est pas moins évident que ce présent réel peut servir de jouet à tous les caprices de l'arbitraire et qu'il va se perdre de tous côtés dans un passé sans bornes réelles lui-même. Le présent et le passé politiques doivent d'ailleurs donner la matière de la science politique proprement dite, et ils relient ainsi en un seul corps d'ouvrage ces trois sciences qui en sont pour ainsi dire trois chapitres, subordonnés quant à leur développement, ce présent s'appuyant sur le passé et l'avenir sur le présent et le passé à la fois. Si j'insiste sur *l'unité* de ces trois branches de la science politique, c'est pour mieux montrer par la suite comment la médecine se comporte à l'égard de chacune d'elles et pour faire sortir de ce triple rapport une science complète quant à son exposition, c'est-à-dire un système de médecine politique.

Nous avons vu que la science politique est la science de l'Etat; mais qu'est-ce que l'État? et sous quelle face la statistique le considère-t-elle? la solution de ces questions découle de la définition de la statistique même. Cette science est une partie de la politique et doit considérer l'état sous le rapport politique, c'est-à-dire comme l'établissement organisé d'un peuple. Elle envisage donc l'État comme un tout vivant composé de plusieurs forces qui agissent selon leur nature propre dans un espace déterminé. Ces forces prises dans les objets où elles résident ne peuvent être que de trois espèces, à savoir :

Le pays, le sol qui constitue pour ainsi dire la charpente sur laquelle les autres organes de l'État s'insèrent;

Le peuple, renfermant les instrumens actifs, producteurs de l'État;

Et le gouvernement, l'intelligence qui règle la vie du tout;

Ce sont là les seules forces fondamentales dont le

---

(1) On ne doit pas confondre la méthode d'une science avec le procédé que suit l'esprit pour établir cette méthode, procédé qui ne peut être que de deux espèces, synthétiques pour les sciences rationnelles, analytiques pour les sciences empiriques.

(1) Mone, *Théorie de la statistique*, traduit par Tandel. Louvain. — 1 vol. in-8°.

développement commun forme la vie propre de l'État; mais considéré comme un tout organisé, il doit nécessairement avoir avec ses semblables (les autres États) certaines relations qui modifient son individualité : ces relations forment sa vie extérieure. La statistique a donc à décrire la vie intérieure de l'État, c'est-à-dire l'action combinée des élémens qui le constituent; et sa vie extérieure ou ses relations avec les autres membres de la société humaine. Voilà bien toute la matière de la statistique.

L'objet de la médecine, on le sait, c'est l'homme matériel considéré en lui-même et dans ses rapports avec son moral et avec le monde extérieur.

On comprend du reste que la statistique ne peut avoir à s'occuper de l'homme pris en lui-même, de l'individu, et qu'en ce point la sphère des deux sciences ne doit offrir rien de commun. Il est vrai qu'il peut importer à l'État de connaître la situation présente de telle personne, de savoir la maladie qui l'affecte ou le genre de mort qui l'a emportée; mais ces circonstances ne l'intéressent que par les rapports qu'elles peuvent avoir avec l'une ou l'autre de ses forces et par suite avec lui-même : pour la statistique, l'individu, pris en dehors de ses relations avec l'État, ne peut avoir aucune importance ou plutôt n'existe pas.

La statistique n'a rien à voir encore dans l'influence que le moral de l'homme peut exercer sur sa partie matérielle : Le développement intellectuel qui se montre par le degré d'instruction et la morale proprement dite qui se manifeste surtout dans la religion, importent sans doute beaucoup à l'État : mais c'est comme principes d'action intéressant l'un ou l'autre de ses élémens que la statistique doit les considérer et non comme sources de déterminations particulières : la statistique, je le répète, n'existe qu'à la condition de rattacher tout à l'état.

Les rapports de l'homme matériel et du monde extérieur et les modifications qu'il en reçoit sont si nombreux qu'ils donnent à eux seuls la matière de plusieurs sciences. Quant à leur nature ces rapports sont ou moraux ou matériels; quant à leur source il nous importe de distinguer entre autres les suivans :

1° Rapports des pays, en général du sol et de l'homme;

2° Rapports de l'homme et de ses semblables; du peuple au milieu duquel il vit;

3° Rapports de l'homme et du gouvernement qui dirige l'État où il vit;

Enfin les rapports de l'homme et des autres États; ceux-ci participent tour à tour de la nature des trois premiers.

Pour décrire les élémens d'un État (le sol, le peuple, le gouvernement) la statistique les considère successivement en eux-mêmes, dans leur action et dans ses produits; cette action s'exerce sur tout ce qui a quelque rapport avec les forces dont elle sait et par conséquent sur l'homme dont elle doit modifier la nature. L'exposition générale de la statistique comprend donc aussi l'influence particulière que les élémens de l'état ont sur l'homme individuel et les changemens qui en résultent. C'est là que la médecine et la statistique se touchent et s'éclairent mutuellement; c'est à ce point qu'elles doivent s'unir et se confondre sous peine d'être incomplètes toutes deux sans cette union.

Puisque le besoin de vivre en communauté, en famille, est, grâce au ciel, une des nécessités les plus absolues de la nature humaine, il importe à l'homme, pour atteindre sa destination, de connaître les effets que les situations particulières où ce besoin le met, peuvent produire sur sa partie matérielle, et la science qui lui donne ces connaissances, est proprement la statistique médicale. Cette science n'est qu'un développement spécial de la statistique générale (description complète d'un État) et doit suivre toutes les règles établies par la statistique pure, c'est-à-dire par l'analyse théorique de tous les faits qui peuvent avoir de l'importance pour l'État; mais comme elle participe à la fois à la nature de deux ordres d'idées différens par leur source, elle doit différer aussi d'après la face sous laquelle on l'envisage et selon la destination spéciale qu'on veut lui donner. Dans la médecine, tout se rapporte au particulier, à l'individu; dans la statistique au contraire tout tend vers le général, vers l'État; de là la nécessité d'une méthode spéciale selon l'usage pratique auquel on destine la statistique médicale.

La statistique médicale faite pour éclairer l'une ou l'autre des forces intelligentes de l'État (le peuple, le gouvernement) peut négliger beaucoup de données qui n'intéressent pas d'une manière directe l'élément auquel elle s'adresse, comme la statistique générale néglige tout ce qui n'a d'importance que pour certaines localités ou pour un petit nombre d'individus; mais considérée comme un adjuvant de la médecine pratique, cette science laisse nécessairement une partie de ce qui n'a d'importance que pour la description générale de l'État ou de l'une de ses forces pour s'arrêter avec complaisance à tous les détails individuels qui ne peuvent avoir de l'intérêt que pour le médecin-praticien, seul juge compétent pour les interpréter. Ce dernier doit d'ailleurs déterminer jusqu'à quel point il est nécessaire de communiquer au gouvernement ou au peuple les connaissances qu'elle lui donne pour les éclairer sur la conduite qu'ils ont à tenir dans toutes les circonstances difficiles. Sous ce rapport la statistique médicale devra donc scruter tous les élémens de l'État et montrer dans les détails les plus minutieux l'action qu'ils ont sur tous les individus qui se trouvent dans une situation particulière. La statistique médicale comprendra donc la description médicale

1° Du pays ou du sol;

2° Du peuple;

3° Du gouvernement;

4° Enfin de la vie extérieure de l'État.

Dans un prochain article nous examinerons la nature des connaissances que cette description peut nous donner et nous chercherons si par leur extension elles peuvent remplir la sphère d'une science particulière.

L. Bellefroid, D.-M.

Observation de médecine pratique, communiquée par M. le docteur Accarain, de Mons.

Julie Gobier, petite brune d'Armégnies, âgée de 26 ans, célibataire, fut, en 1829, après une fatigue excessive, atteinte d'une affection de l'estomac accompagnée de céphalalgie. Ces symptômes furent combattus par la saignée, l'application de sangsues à l'épigastre, au siége, aux tempes et derrière les oreilles, et finalement par un vésicatoire. Depuis elle ne put recouvrer une santé parfaite. Mieux l'hiver, elle était indisposée en mars et en avril et par les premières douleurs épigastriques et par des boutons petits et piquans qui surgissaient sur les joues et se changeaient en dartres. En 1835 la figure en fut toute couverte. Le traitement pendant ces cinq dernières années consista en saignées et en vomitifs. Cette dernière médication causait d'atroces douleurs qui duraient pendant trois semaines.

Le 1er juin de cette année elle vint me consulter; elle offrait alors les symptômes suivans: figure terreuse, maigre, couverte de petits boutons, lèvres bleuâtres, œil morne et fatigué. Langue blanchâtre, comme exsangue, à follicules développés; nausées, vomissemens, appétit nul et parfois canin; pas de grattement à la gorge; douleur à l'épigastre en tout temps et surtout après le dîner; bouffées de chaleur montant de cette région à la figure; battemens épigastriques, douleur aux reins et entre les épaules augmentant en même temps que celle de l'estomac. Ventre indolent, non ballonné; constipation.

Toux gastrique; essoufflement à la moindre fatigue.

Règles normales et pour l'époque et pour la quantité, mais peu colorées.

Picotemens de la peau; céphalalgie; tension; yeux brûlans, vue faible.

Douleur à la nuque; tristesse habituelle, pas de palpitations; pieds et mains froids et souvent engourdis, jamais gonflés.

Ce groupe de symptômes me fit diagnostiquer une gastralgie, et j'administrai les toniques joints à l'opium. Les symptômes s'amendèrent, mais peu vite au gré de la jeune fille; j'appliquai, pour la satisfaire, un vésicatoire qui fut plus nuisible qu'utile.

Le 5 juillet, elle vient me revoir et me dit qu'elle marche le double plus vite, qu'elle commence à franchir la montagne sans essoufflement, qu'elle coud et tricote, qu'elle est gaie et surtout qu'elle est charmée de ce que la jeunesse commence à la *r'agacer*. A vrai dire ses lèvres sont un peu colorées, ses joues, débarrassées de leur couche terreuse, sont devenues pâles en attendant les roses de la jeunesse.— Elle observe que le pain blanc lui brûle l'estomac. L'appétit est un peu plus vif mais toujours inconstant; l'après midi elle est altérée, et certains matins en se découchant il lui semble qu'elle est guérie. La langue, plus rose, montre encore quelques petits follicules. Les douleurs rapportées plus haut sont moins intenses mais aussi fréquentes.

Les règles ont reparu cinq semaines après leur dernière sortie, précédées de coliques très vives et de la diarrhée, peu colorées, et suivies de la disparition de la toux gastrique.

Au mois d'août elle va de pied voir son frère en garnison à Malines (12 à 14 lieues d'Armégnies) et tombe épuisée de fatigue avant d'arriver dans cette ville.

Tous les symptômes reparaissent aussi intenses que d'abord. Même traitement; même marche des symptômes; guérison vers la fin de septembre.

Dans un numéro prochain je me propose de tirer quelques conclusions de ce fait et d'autres de la même espèce que j'ai insérés dans les numéros précédens de ce journal.

Mons, 26 novembre 1836.

A. Accarain, Doct. méd.

Empoisonnement par l'eau de potasse; emploi de l'acide tartarique; guérison.

Le sieur D., âgé de 35 à 40 ans, domestique, croyant vider un flacon de vin avait bu de l'eau de potasse. Bientôt s'apercevant de sa funeste erreur, il se couche, se plaint de douleurs insupportables à l'épigastre, de nausées, d'altération très-vive et un quart d'heure après d'un froid glacial de tout le corps. La figure pâle, offre l'empreinte de vives souffrances. Sa femme vient chez moi réclamer des secours en m'apportant le reste du fatal liquide. En peu de temps je reconnais l'eau de potasse, et m'empresse de lui préparer une solution d'acide tartarique (4 gros d'acide pour une pinte d'eau) qui doit former un tartrate de potasse. Cette solution est prise à intervalles rapprochés. Sinapismes aux pieds, fomentations émollientes sur l'épigastre et le ventre. J'invite plusieurs fois la femme du malade à mander un médecin; mais sur son observation que la connaissance du fait priverait le malade de son emploi, je continue la même médication quelque temps. L'ingestion des 2/3 de la dissolution a soulagé le malade, il commence à se réchauffer. Après la dernière goutte légère transpiration de deux heures, suivie d'une selle noire. Pendant cette amélioration le malade demande souvent à boire, et prend pendant toute la journée de la limonade au citron édulcorée avec du sirop de gomme et reçoit plusieurs lavemens. Deux jours après la langue et l'arrière bouche se sont débarrassées d'une membrane très-épaisse et toute racornie; il peut prendre un peu de bouillon et bientôt il recouvre la santé.

Maintenant j'émettrai le vœu que la police défende aux marchands de couleur de vendre cette substance au premier venu ainsi que le mercure vif aux enfans qui en font l'objet de leurs jeux.

Darto-Massart,
pharmacien à Mons.

—



CORRESPONDANCE.

De la douleur lombaire dans les fièvres intermittentes.

Monsieur le Rédacteur,

Dans votre numéro de juin dernier (*Bulletin Médical*, page 144) le Dr C. rapporte que M. le docteur Kremers d'Aix-la-Chapelle, « a constaté dans environ » 200 cas de fièvre intermittente, *l'existence d'une dou-* » *leur fixe et circonscrite à la région dorsale de la co-* » *lonne épinière, à l'endroit correspondant à la pre-* » *mière, deuxième ou troisième vertèbres dorsales;* » douleur qui devient manifeste quand on presse avec » le bout des doigts sur l'apophyse épineuse de chacune » des vertèbres, et en explorant ainsi de haut en bas » toute l'étendue du rachis. »

« Ce qui est surtout remarquable, ajoute l'auteur de » cet article, c'est que cette douleur est déjà manifeste, » alors que les malades ne se plaignent que de symp- » tômes précurseurs et vagues, comme céphalalgie, las- » situdes dans les membres, frissonnemens, etc., et » avant qu'ils aient éprouvé de véritable paroxisme de » la fièvre. Il résulte de la découverte de M. Kremers » que la présence de cette douleur serait un signe pa- » thognomonique de l'incubation de la fièvre intermit- » tente. Non-seulement la douleur persiste pendant tout » le temps, et à chaque renouvellement des accès, mais » encore lorsque la fièvre intermittente n'est coupée » qu'en apparence, la douleur de l'épine dorsale, as- » sure ce médecin, est le signe le plus certain d'une » rechute prochaine, alors même qu'il y a interruption » des paroxismes et il n'y a pas de certitude de guéri- » son complète aussi longtemps que cette sensibilité » n'a entièrement disparu. »

M. Kremers a en outre démontré l'existence de ce symptôme sur une foule de fiévreux en présence de plusieurs médecins de Bruxelles.

A la lecture de cet article, je fus frappé des faits qui y sont énoncés, mais je ne fus pas convaincu. Je m'occupai aussitôt de recherches à cet égard, mais, faites sur une grande échelle : elles furent loin de me donner des résultats semblables à ceux de M. Kremers, et certain, que tous les praticiens reconnaîtraient bientôt la fausseté de ce que ce médecin venait d'émettre, j'abandonnai ces recherches qui ne me paraissaient devoir porter aucuns fruits.

Cependant dans votre numéro du mois d'octobre, quelques faits recueillis à la clinique de M. Van Mons à l'hôpital Saint-Pierre, viennent appuyer les observations du médecin allemand ; ainsi dans une de ces observations, on voit la douleur dorsale manifeste à la pression pendant la période de chaleur. Dans un autre cas, la douleur existe vers le bas de la colonne dorsale et le haut de la colonne lombaire, sans qu'il soit spécifié, si c'est pendant les stades de la fièvre ou pendant l'apyrexie.

C'est dans ce même cahier que sont insérées des observations du docteur Steyls de Laeken, qui, habituellement traite beaucoup de fiévreux et qui prétend avoir découvert, déjà avant la publication des idées de M. Kremers, tout ce qu'avance ce médecin ; ses conclusions sont les mêmes et il regarde la fièvre intermittente comme une maladie de la moelle épinière, ayant son siége dans la région dorso-lombaire (trois dernières dorsales et premières lombaires), et quoique la douleur lombaire augmente sous l'influence de la pression, il l'envisage comme une névrose.

La fièvre intermittente, d'après ces médecins, est donc une spinite ou bien une spinalgie, puisque pour eux ce symptôme est constant, existe pendant ses prodrômes, les stades de ses accès, pendant ses apyrexies et même après, quand la fièvre n'est pas totalement maîtrisée. Voyons ici par une sorte de statistique, si les conclusions, si explicites données par eux, sont déduites avec toute l'exactitude et la rigueur nécessaires en pareils cas.

La rachialgie ou douleur lombaire, et la céphalalgie ou douleur de tête étant les deux symptômes les plus saillans et les plus constans de la fièvre intermittente, c'est la proportion des malades offrant l'un ou l'autre de ces phénomènes que je donnerai seulement.

1° *De la douleur lombaire pendant l'état pyrétique.*

La fièvre a débuté 13 fois par le mal de reins; celui-ci a été très-intense chez plusieurs et a augmenté chez *la plupart* sous l'influence de la pression ; chez 2 malades la douleur lombaire n'a existé que pendant la période de froid, et a été remplacée pendant le stade de chaleur, chez l'un des deux par de la céphalalgie. Tandis que chez 24 malades, il n'y a pas eu la moindre douleur lombaire pendant toute la durée de l'accès et par conséquent pendant l'apyrexie.

2° *De la céphalalgie pendant l'état pyrétique.*

Lorsque la fièvre a passé par la période d'incubation, la céphalalgie a été un phénomène constant ; à ce symptôme se sont toujours joints des frissons vagues, légers, des lassitudes dans les membres et souvent de l'anorexie et des maux de reins.

Pendant les accès la céphalalgie a *presque constamment* existé, c'est-à-dire chez une fraction bien plus grande que chez ceux chez lesquels on observe le mal du dos ou des reins ; cette douleur a parfois augmenté sous l'influence de la *pression sur le cuir chevelu ;* quand la rachialgie existait dans l'accès c'était souvent conjointement avec la céphalalgie.

La céphalalgie a existé seule dans 10 cas pendant l'accès fébrile, et cependant chez un de ces malades la fièvre était très-intense et existait depuis longtemps par suite de nombreuses récidives.

3° *État apyrétique.*

Chez 8 fiévreux point de douleur lombaire sensible à la pression, ou perçue autrement par le malade.



Chez 2 la douleur existe; elle est très-prononcée chez ces malades, qui sont atteints le premier d'une fièvre intermittente tierce invétérée; et le second d'une fièvre quarte dont 4 accès se sont déjà montrés.

Chez environ 3 sur 4, il y a céphalalgie et chez presque tous lassitudes. Chez un quart il n'y a aucun symptôme à part la pâleur anémique des fiévreux.

Sur une proportion de 64 fiévreux 9 n'ont offert aucun symptôme ou douleur pendant l'accès ni l'apyrexie.

Je pourrais, Monsieur le Rédacteur, vous donner bien plus des faits, mais je crois ceux-ci suffisans pour fixer les idées de ceux qui n'observent pas habituellement beaucoup de fièvres intermittentes. Mes conclusions, d'après mes citations, seront opposées à celles du médecin allemand et de M. Steyls de Laeken. Mais à quoi tiennent ces différences dans les résultats? est-ce à la localité, à la masse des observations ou à son exactitude? Je n'en sais rien, mais je traite en ce moment environ 70 fiévreux qui ont souffert de nombreuses récidives et la plupart ont subi la palpation dorsale et beaucoup avec assez de force. Que cette douleur existe dans la plupart des cas, cela est positif et a été observé par tous les médecins civils et militaires qui ont traité des fiévreux, sans cependant avoir songé à la palpation; mais cela a été observé comme phénomène nerveux, au même titre que la céphalalgie, les lassitudes des membres, les coliques, les douleurs sciatiques, etc. Mais s'emparer d'un symptôme si peu constant pour faire de la fièvre intermittente une maladie qui en porte le nom me paraît un peu absurde, car je pourrais en faire à aussi bon marché une céphalite ou autre maladie.

Le médecin de bataillon du bataillon de l'Escaut. DECONDÉ.

Calloo, le 24 novembre 1836.

OPHTHALMOLOGIE.

—

Lettre adressée à M. le Rédacteur en chef du *Bulletin médical Belge,* en réponse à l'article de M. le docteur THIRION, de Namur, inséré dans le cahier de novembre de ce journal.

Monsieur le Rédacteur,

Le médecin de Namur ne *s'attendait pas,* dit-il, à la réclamation que je vous ai adressée le 4 septembre dernier; sa surprise à ce sujet n'a rien qui m'étonne. Il y a si longtemps qu'il parle sans rencontrer de contradicteur qu'il a naturellement fini par croire que ses *décisions* avaient acquis force de chose jugée, et ma lettre est venue le détromper au moment où il s'y attendait peut-être le moins! Quant à moi, qui sais qu'il en est de mon honorable contradicteur comme de tous ceux qui font *profession* de critiquer les œuvres d'autrui, je m'attendais à sa réplique; je m'attendais également à le voir qualifier ma réclamation d'*espèce de diatribe sous forme de lettre; d'espèce de production où la bigarrure remplace la réfutation de ses articles critiques; de singulière missive où le diasyrme remplace la défense.* Je passerai sous silence quelques autres gentillesses du même acabit, et vous dirai que je regrette sincèrement de ne pouvoir suivre la discussion sur le terrain où elle se trouve placée; je suis peu fait pour les misères d'un pareil tripot. Aussi, ne m'arrivera-t-il plus de venir me jeter en travers de la critique du censeur namurois. Je conçois, d'ailleurs, combien il faut de courage pour se vouer à une spécialité aussi importante, aussi utile, aussi difficile que la spécialité qu'il a embrassée! Quelle noble tâche, en effet, que celle de s'appliquer à combattre, par des subtilités, la force des vérités reconnues, les vraisemblances raisonnables!! Nous allons voir par quelles subtilités notre critique a essayé de parvenir au but vers lequel il tendait.

Deux articles ont paru dans le *Bulletin médical Belge;* l'auteur de ces articles reproche au docteur BURKARD EBLE de nombreuses contradictions qu'il dit rencontrer dans ses ouvrages, et se laisse aller à des invectives, à des personnalités contre le médecin allemand dont il proclame les œuvres *inutiles à la science et à l'humanité.* Mais, l'auteur de cette critique est en même temps *l'auteur* de la majeure partie des contradictions; les autres sont dues au traducteur, M. EBLE lui-même nous l'a appris (1). C'est en mettant un auteur en contradiction avec lui-même, que le critique namurois porte ses arrêts; et quand les contradictions ne naissent pas de la comparaison des divers chapitres du livre, il en fabrique.

Je vais, à propos de sa réplique, donner un échantillon de son talent à falsifier un ouvrage contre lequel il se déchaîne. Je disais dans ma lettre du 4 septembre (*Bulletin médical,* octobre, page 275):

« Ainsi que M. VON KRISS et moi l'avons fait observer, page XIII de notre traduction de son dernier écrit, il (M. Eble) ne professe plus aujourd'hui la même opinion qu'en 1828, époque à laquelle fut publié le traité qui fait l'objet de la critique de MM. DE LOSEN et VLEMINCKX, de MM. THIRION et FALLOT. On reconnaît facilement qu'il a modifié ses idées premières (ou plutôt d'*alors*) en comparant le § 58 de l'ouvrage *sur la structure et les maladies de la conjonctive,* etc., avec les § 2 et 3 du mémoire. Il ne donne plus ici à la maladie le nom d'*inflammation contagieuse des yeux,* mais il l'appelle: *Blépharophthalmie catarrhale des armées;* il abandonne ainsi la *différence remarquable* qu'il établissait entre l'ophthalmie contagieuse et la catarrhale. »

Notre censeur, après avoir fait les plus grands efforts

---

(1) Voyez *Bulletin médical*, octobre 1836.

pour rapporter exactement ce passage de ma lettre, s'écrie : « Je laisse à l'admiration des lecteurs l'appré-
» ciation des nombreux avantages que la science reti-
» rera de l'innovation technique : *Blépharophthalmie*
» *catarrhale des armées*. Cependant je dois, pour l'in-
» telligence des lecteurs, faire remarquer que l'auteur
» n'a adopté cette *dénomination importante* QU'A CAUSE
» QUE « *les soldats sont sous une surveillance conti-*
» *nuelle et que les médecins peuvent chez eux décou-*
» *vrir l'ophthalmie dès son début.* » (Pag. 17 du mémoire.)

Voyons donc si ce n'est QU'A CAUSE QUE *les soldats sont sous une surveillance continuelle et que les médecins peuvent chez eux découvrir l'ophthalmie dès son début,* que M. EBLE désigne aujourd'hui la maladie sous le nom de *Blépharophthalmie catarrhale des armées.* Il me suffira, pour prouver que cela est faux, de transcrire en entier le § 3 du mémoire ; il servira en même temps à détruire les contradictions que mon antagoniste fabrique à son aise ; on y trouvera la mesure de l'habileté qu'il a mise à falsifier l'œuvre qu'il critique. Voici ce paragraphe.

§ III (1).

« De tout ce qui vient d'être dit sur la nature, et
» par conséquent sur le diagnostic de notre ophthalmie,
» il résulte d'après mon expérience, que :

» 1° Cette maladie ne tire pas son origine de l'Egypte
» et que c'est à tort qu'on lui donne le nom d'*ophthal-*
» *mie d'Egypte :* on pourrait tout aussi bien l'appeler
» ophthalmie d'Afrique, d'Italie, de Prusse, etc. (2).

» 2° Son caractère primitif et essentiel est l'inflam-
» mation et son véritable siége est la conjonctive palpé-
» brale (corps papillaire de la conjonctive).

» 3° Par rapport à son caractère essentiel et à son
» siége elle se range sur la même ligne que l'ophthalmie
» catarrhale et a avec elle la plus grande identité de
» symptômes. Elle n'en diffère qu'en ce que le paren-
» chyme de la conjonctive est plutôt affecté dans
» toute sa profondeur, que le corps papillaire est consé-
» quemment développé en totalité ou en partie et qu'elle
» montre par là une plus forte propension à l'infection
» et à la propagation à d'autres individus. Suivant mon
» opinion la différence qui existe entre ces deux affec-
» tions, ne provient que de la particularité des diffé-
» rentes influences malignes qui agissent actuellement
» sur nos soldats. J'entends par là que notre mal d'yeux
» se conduit à peu près envers l'ophthalmie catarrhale,
» comme l'influenza envers le catarrhe ordinaire, ou
» de la même manière que la dysenterie épidémique
» des armées envers la dysenterie sporadique dans le
» civil. Il est bon de noter que les soldats sont sous
» une surveillance spéciale et que les médecins peuvent
» découvrir chez eux l'ophthalmie dès son début; tan-
» dis que dans le civil, on ne cherche de secours en
» pareil cas, que lorsque le mal a déjà fait des progrès,
» par conséquent, lorsqu'il existe déjà des désorgani-
» sations importantes de la conjonctive.

» Je crois donc, d'après cela, que le nom le plus con-
» venable à donner à l'ophthalmie dont nous traitons
» est celui de *Blépharophthalmie catarrhale des ar-*
» *mées* (1). »

Et voilà comment on se pose en censeur! on falsifie les passages que l'on cite ; on compose des phrases *undique collatis membris ;* on prête à un auteur des opinions qui ne sont pas celles qu'il professe ; et puis on trouve le courage de se mettre modestement sur la même ligne que Broussais, d'avancer avec lui, (p. 303, Bulletin médical) que « l'*on se croit en droit de dire*
» *qu'un auteur a fait preuve d'un jugement faux ;*
» *qu'il a été* CITATEUR INFIDÈLE ; QU'IL A MANIFESTÉ DES
» PRÉTENTIONS AU DESPOTISME LITTÉRAIRE OU SCIENTIFI-
» QUE, etc. » Mais, mon cher contradicteur,

Dic tibi quis sis ;

qu'avez-vous donc fait jusqu'ici ? quel est le moyen que vous avez pris pour faire croire que ce n'est QU'A CAUSE QUE *les soldats sont sous une surveillance spéciale,* etc., que M. EBLE a abandonné ses idées premières sur la nature de la maladie ? Vous avez sans doute oublié ce que M. FALLOT a écrit (*Simulation et dissimulation des maladies,* etc.) : « Aujourd'hui, dit-il, page 50, le doc-
» teur B. EBLE qui a fait de l'ophthalmie une étude
» toute particulière, vient les fortifier de ses médita-
» tions et de son expérience. En effet, après avoir dans
» son premier ouvrage (2) soutenu la spécificité de l'oph-
» thalmie contagieuse et, à défaut de granulations,
» lui avoir assigné pour caractère anatomique des phlyc-
» tènes, il vient dans un nouveau travail (le mémoire)
» dont je lis un extrait dans le *Bulletin médical Belge*
» du mois dernier, d'abandonner l'idée de l'inflamma-
» tion *sui generis* et de reconnaître qu'elle n'est *qu'une*
» *modification de l'ophthalmie catarrhale*, etc., etc. »

Je m'en tiendrais purement à ce passage de la brochure de M. FALLOT, avec qui vous avez jusqu'ici été du

---

(1) Page 17, des *Considérations sur la Blépharophthalmie catarrhale des armées* Ce paragraphe est remplacé dans notre supplément, qui va paraître, par celui qui se trouve dans la brochure allemande. Je ne rappellerai pas ici que M. VON KRISS et moi avons fait notre traduction sur le manuscrit de l'auteur.

(2) On trouve dans le mémoire, publié en allemand, cette addition : *Eben so falsch ist der Name* : CONTAGIOESE AUGENENTZUNDUNG, *da es ausser ihr noch mehrere Arten contagiœser Augentzündungen gibt.* Je recommande ce passage aux commentaires du médecin de Namur.

(1) Pour ne laisser aucun doute à mon contradicteur, je transcrirai le 7° du mémoire allemand : 7) *Die Natürgeschichte dieser krankheit führt ons also auf folgende systematische Benennung derselbe :*

Ordo. *Inflammatio.*
Genus. *Inflammatio conjunctivœ palpebrarum.*
Species. *Inflammatio conjunctivœ palpebrarum, sive Blepharophthalmia catarrhalis bellica, sive militaris.*

(2) Sructure et maladies de la conjonctive, etc.

plus parfait accord, que cette citation seule prouverait que j'ai eu raison de dire que M. Eble avait modifié ses idées de 1828, abandonnait la *différence* REMARQUABLE qu'il établissait § 58 de son ouvrage, entre ce qu'il appelait alors une *inflammation contagieuse des yeux*, et ce qui est aujourd'hui pour lui une blépharophthalmie catarrhale des armées!

Que notre critique lise donc au § 58 le tableau sommaire dans lequel sont rapprochés les caractères distinctifs des ophthalmies catarrhale et contagieuse : qu'il compare ce même § 58 aux § 2 et 3 du mémoire, et qu'il nous dise si M. EBLE soutient en 1836 ce qu'il écrivait en 1828. Que notre critique suive donc une bonne fois ce qu'il appelle, page 303, *la route de son jugement*, mais que ce jugement ne repose plus sur des citations infidèles ou falsifiées, sur des contradictions fabriquées. Qu'il sorte enfin de l'ornière qu'il a suivie jusqu'à présent.

Mon contradicteur termine sa réplique en disant « qu'il serait curieux d'examiner comparativement le » travail de M. JUNGKEN avec celui de M. EBLE, et d'ap- » précier ensuite jusqu'à quel point est fondée la cri- » tique que fit le second du mémoire du premier. » Cet examen a déjà été fait par M. FALLOT, dans sa brochure *sur la simulation et la dissimulation des maladies*, et je ne sais trop comment notre censeur a pu l'oublier! je suis en outre fort aise de pouvoir lui indiquer les moyens de satisfaire amplement sa curiosité : qu'il ouvre le *Schmidt's Jahrbucher*, page 243, vol. XI, et il y trouvera l'appréciation qu'il réclame ; elle est due au savant docteur KNESCHKE. Cette *appréciation* se trouve en outre dans vingt journaux de médecine allemands ; les auteurs de ces articles sont tous des médecins distingués de l'Allemagne. Avec WELLER, STOEBER, SICHEL, etc., ils rendent justice à l'ouvrage de M. EBLE, et ce sont ces modestes autorités que j'opposerai à l'autorité du médecin qui a pris à tâche de dénigrer un homme de mérite et qui, pour parvenir à cette fin, a mis en œuvre les moyens que j'ai signalés dans le cours de cette lettre.

Telles sont, Monsieur le Rédacteur, les explications que j'opposerai à l'article inséré dans le dernier cahier de votre estimable journal ; j'ai laissé de côté les personnalités dirigées contre moi ; je ne me suis pas davantage cru obligé de répondre à quelques points dont le simple bon sens fera justice. Je me bornerai à vous faire observer que notre critique avait parlé dans ses articles précédens *de vérité de faits altérée*, etc. ; qu'il avait avancé que l'œuvre de M. EBLE n'était qu'une *compilation informe;* que M. EBLE n'était qu'un *innovateur*. Vous vous rappellerez sans doute les questions que je lui ai posées à ce sujet ; son silence ne nous a que trop prouvé qu'il a jugé prudent, pour ne rien dire de plus, de ne pas y répondre.

Je n'abuserai pas davantage de la patience des lecteurs du *Bulletin médical* et ils peuvent être bien persuadés que je ne les entretiendrai plus du censeur namurois ; la science ne peut rien gagner à une polémique de ce genre. Ils pardonneront sans doute les explications que je viens de vous donner, au devoir d'un homme qui avait un ami à justifier et à mon amour pour la vérité.

Bruxelles, le 4 décembre 1836.

FLORENT CUNIER,
Médecin de Bataillon, etc.

Note de la Rédaction.

Pour mettre fin à cette polémique qui, ainsi que le dit avec raison M. Cunier, ne peut en aucune façon tourner au profit de la science, nous transcrirons ci-dessous les questions qui ont servi de base aux discussions de la commission qui fut nommée, en 1834, pour rechercher les causes de l'ophthalmie qui désole nos troupes. Nous n'admettrons désormais dans nos colonnes que les écrits qui ne sortiront pas des bornes que ces questions imposent. Nous croyons que c'est là le meilleur moyen de rendre à des débats aussi importans toute la gravité qu'ils comportent.

Voici ces questions qui paraissent avoir été rédigées pour les deux opinions les plus tranchées, la *contagion* et la *compression du cou :*

Ire SÉRIE.

1re *Question.* — L'ophthalmie qui règne dans l'armée belge doit-elle sa source à un principe *sui generis?*

2me *Question.* — Comment et depuis quand ce principe s'est-il introduit dans l'armée? d'où vient-il? et sur quoi se fonde-t-on pour en adopter l'existence et l'introduction dans le pays? (1).

3me *Question.* — Pourquoi exerce-t-il son influence sur nos soldats seulement et plus spécialement sur nos fantassins?

4me *Question.*—Pourquoi l'ophthalmie ne règne-t-elle pas en France et comment se fait-il que l'armée française ait pu, pendant son double séjour en Belgique, se soustraire à l'action de cet agent spécifique?

5me *Question.* — Expliquer au moyen de l'existence de cet agent toutes les particularités reconnues être propres à l'ophthalmie de notre armée?

6me *Question.* — Cette ophthalmie est-elle contagieuse? Comment l'est-elle? Démontrer par des faits la contagion médiate ou immédiate.

7me *Question.*— L'existence du principe spécifico-contagieux une fois admise et reconnue, exposer les moyens à employer pour en procurer l'anéantissement?

---

(1) Faire connaître, A. Depuis quelle époque l'ophthalmie s'est manifestée dans notre pays, et à quelle occasion? B. Quelle était la tenue de la troupe à cette époque? C. Combien de temps la maladie paraît y être restée. D. Si lors de l'arrivée des Prussiens en Belgique il y en avait qui furent atteints d'ophthalmie? En cas d'affirmative dire comment la maladie s'est déclarée parmi eux et à quelle époque. E. Si la tenue des Prussiens avait subi quelques changemens auxquels on pourrait attribuer l'origine de la maladie, si on ne la rapporte pas à la contagion?

2me SÉRIE.

1re *Question.* — Si l'on croit ne pouvoir attribuer l'existence de l'ophthalmie de nos troupes à l'introduction parmi elles d'un principe ophthalmico-spécifique, exposer les motifs sur lesquels on se fonde pour la rejeter?

2me *Question.* — Quelles sont, dans l'opinion de ceux qui rejettent ce principe, les causes physiques et matérielles appréciables auxquelles l'ophthalmie devrait son existence?

3me *Question.* — Prouver par des faits positifs l'existence de ces causes?

4me *Question.* — Pourquoi ces causes exercent-elles leur influence sur nos soldats seulement et spécialement sur nos troupes d'infanterie?

5me *Question.* — Comment les troupes françaises ont-elles pu se soustraire jusqu'à ce jour à l'action de ces causes, en d'autres termes pourquoi l'ophthalmie ne règne-t-elle pas aussi bien dans l'armée française que dans l'armée belge?

6me *Question.* — Exposer par l'existence de ces causes toutes les particularités reconnues être propres à l'ophthalmie de notre armée?

7me *Question.* — Cette ophthalmie est-elle contagieuse? comment l'est-elle? Démontrer par des faits l'existence de la contagion immédiate ou médiate.

8me *Question.* — L'existence des causes physiques et matérielles une fois reconnue et admise exposer les moyens propres à employer pour la détruire?

Nous renouvellerons encore une fois notre promesse d'accueillir tous les articles qui auraient pour but d'éclairer la question de l'ophthalmie ; nous avons accédé avec plaisir au vœu exprimé par M. Cunier, à la fin de sa première lettre, que tous les partis se donnent rendez-vous dans le *Bulletin médical Belge;* mais nous exigerons toujours pour première condition que cette polémique soit *modérée et toute scientifique.*

Le Rédacteur en chef,
Dr Marinus.

Encyclographie

DES

SCIENCES MÉDICALES.

RÉIMPRESSION GÉNÉRALE

DES

OUVRAGES PÉRIODIQUES SUR CES SCIENCES, PUBLIÉS EN FRANCE,

Savoir :

LA LANCETTE FRANÇAISE, GAZETTE DES HOPITAUX;
GAZETTE MÉDICALE DE PARIS;
JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE, ETC.;
BULLETIN CLINIQUE;
JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICALES:
JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES;
REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE;
ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE;
ARCHIVES HOMOEOPATHIQUES:
ANNALES D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE MÉDECINE LÉGALE;
BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE ET CHIRURGICALE;
ANNALES DE CHIMIE ET DE PHYSIQUE;
JOURNAL DE PHARMACIE ET DES SCIENCES ACCESSOIRES.

BRUXELLES,
ÉTABLISSEMENT ENCYCLOGRAPHIQUE, RUE DE FLANDRE, N° 155.
—
1836.

LA LANCETTE FRANÇAISE,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

NOVEMBRE 1836.

N° 130. — 1er Nov.

ÉCOLE PRATIQUE.

Cours public d'ophthalmologie de M. Rognetta.

Sixième leçon. — *Lésions traumatiques et brûlures de la région oculaire.*

§ Ier. *Remarques anatomiques.* Placée comme une sorte de sentinelle sur le point le plus éminent de l'organisme pour l'avertir de l'action des corps vulnérans, la sphère oculaire et ses alentours devaient être, ainsi qu'ils le sont en effet, très-fréquemment exposés aux violences traumatiques. L'organisation essentiellement nerveuse, compliquée et délicate de l'appareil visuel, ses relations intimes avec les tissus intrà-crâniens, l'impuissance enfin de nos moyens réorganisateurs, donnent souvent à ces lésions un caractère de gravité sérieuse, malgré leur légèreté extrême en apparence.

On s'étonne de ce que des blessures très-insignifiantes au premier abord de la région périoculaire, se soient par fois terminées par la mort, sans réfléchir que le ligament large des paupières, la gaîne du nerf optique et le périoste de l'orbite et de ses environs étant produits par une expansion immédiate de la dure-mère encéphalique, doivent transmettre aisément à cette dernière leurs irritations et leurs phlogoses. Les os de la paroi supérieure de l'orbite étant d'ailleurs, comme on sait, très-minces et très-fragiles, se laissent assez souvent perforer par les instrumens fériteurs, et rendent à ces derniers très-facile l'accès dans la substance cérébrale.

On est encore à s'expliquer les cécités fréquentes qui suivent les contusions très-légères de la région periorbitaire, sans songer, que la coque ophthalmique est tout aussi susceptible de commotion que la boîte crânienne, et que l'ébranlement moléculaire ou la déchirure de la rétine sont, dans cette circonstance, les véritables causes prochaines de ce résultat. C'est aussi d'après la même donnée qu'on peut se rendre compte de l'opacité et de la luxation du cristallin en pareille occurence.

Vous voyez quelquefois, en ouvrant, par exemple, une bouteille de Champagne, le bouchon frapper l'organe visuel et déterminer un aveuglement sans ressource. Vous observez parfois aussi le même phénomène lorsqu'on couvre fortement avec les deux mains les yeux d'une personne à laquelle on demande en badinant de deviner qui l'on est; l'ignorant s'en étonne; l'anatomiste pourtant y reconnaît aisément l'écrasement ou la déchirure de la rétine par l'aplatissement des hémisphères antéro-postérieurs de l'organe.

Si l'on se rappelle les limites de l'expansion antérieure de la membrane rétinienne, qui s'étend comme on sait jusqu'à la racine du corps ciliaire (Sœmmering), on n'aura pas de peine à s'expliquer pourquoi les blessures de la sclérotique sont en général plus fâcheuses pour la vision que celles de la cornée. Lorsqu'on se souvient, d'une part, du véritable mécanisme de la position verticale du diaphragme irien, on comprend pourquoi les blessures pénétrantes de la cornée sont le plus souvent suivies de prolapsus de l'iris. La résistance, en effet, que la cornée et l'humeur aqueuse opposent dans l'état normal à l'action impulsive des muscles droits sur le corps vitré, oblige forcément l'iris à garder la position verticale qu'il occupe; cette espèce d'équilibre venant à se rompre par la perforation de la cornée et l'évacuation de l'humeur aqueuse, les contractions des muscles droits expulsent nécessairement la membrane irienne vers la brèche cornéale.

Si l'on veut maintenant tenir compte de la direction flexueuse du nerf optique dans l'orbite, on s'expliquera facilement pourquoi un instrument pointu, une alène, par exemple, qui pénètre de quelques lignes entre l'angle orbitaire externe et le globe de l'œil, peut atteindre la convexité de la dernière courbe du même nerf, et occasionner une cécité incurable, tandis que le déchatonnement traumatique de l'organe visuel (luxation de l'œil) peut s'effectuer quelquefois sans que la vision soit sérieusement endommagée. Dans cette dernière occurrence, bien que l'œil soit expulsé entièrement sur la joue, le nerf en question le suit en déployant ses courbes naturelles sans que la pulpe subisse un grand dérangement moléculaire.

Comment enfin les lésions des nerfs de la cinquième paire (sourciliers, frontaux et sous-orbitaires) peuvent-elles quelquefois déterminer la paralysie de la rétine? c'est là un problème que personne n'a encore convenablement résolu. La rétine et le nerf optique n'ont aucune communication ni avec le ganglion ophthalmique, ni avec aucun autre nerf du corps; de sorte que

c'est à l'intermédiation de l'encéphale que nous sommes obligés d'avoir recours pour nous rendre compte de la sympathie dont il s'agit.

Les lésions traumatiques pouvant atteindre toutes les parties de l'appareil oculaire, nous les avons placées dans cette dernière classe de notre division générale.

§ 2. *Variétés.* La marche à suivre dans l'étude des blessures de la région oculaire est absolument la même que pour les lésions pareilles des autres régions du corps. Aussi aurons-nous ici à considérer comme ailleurs les contusions, les divisions et les piqûres. Examinées cependant sous le rapport de leur siége, les violences traumatiques de la région en question doivent être divisées en trois catégories pour être méthodiquement étudiées : 1° extraorbitaires ; 2° intra-orbitaires : 3° oculaires proprement dites. Chacune de ces divisions offre des sous-variétés que nous allons développer progressivement. Les brûlures enfin et les corps étrangers qui agissent sur ces parties formeront un article à part à la fin de ce chapitre, que nous soignerons d'une manière toute spéciale.

§ 3. *Blessures extra-orbitaires.* Cette classe de lésions est beaucoup plus étendue et importante qu'elle ne le semble au premier abord. Indépendamment de contusions simples, nous aurons ici à méditer les contusions compliquées de luxation de l'œil, de commotion oculaire, de plaie, de lésion nerveuse, de fracture orbitaire, d'emphysème et d'écrasement du syphon lacrymal. Afin d'éviter les répétitions inutiles, je traiterai dans un même paragraphe des plaies contuses et de celles occasionnées par les armes tranchantes : j'exposerai enfin, par la même raison, à l'article des plaies avec lésion nerveuse, tout ce qui a rapport aux piqûres extra-orbitaires.

1° *Contusions simples.* (*Hématocèle palpébrale.*) La vascularité très-abondante des voiles palpébraux et de leurs environs, et la flaccidité remarquable de leur tissu lamellaire rendent très-faciles les ecchymoses à la moindre contusion dans ces parties. Il y a, sous ce rapport, une ressemblance très-frappante entre les contusions périorbitaires et celles du scrotum et du prépuce. Cette extravasation sanguine est le seul fait important qui doit nous occuper à l'occasion de ces lésions; c'est pour elle seule, en effet, que nous sommes quelquefois consultés.

Ce n'est pas à l'instant même du coup que les paupières se gonflent ordinairement, mais bien quelques heures après. Le gonflement est porté au point quelquefois que l'œil en est entièrement couvert. La couleur de la peau devient semblable à celle du Nègre sur les points les plus gonflés ; elle est violette sur d'autres et jaunâtre à la circonférence. La conjonctive sclérotidale est aussi plus ou moins ecchymosée, et l'œil devient souvent photophobique.

L'extravasation sanguine n'est pas la seule cause du gonflement palpébral dont il s'agit. La congestion vasculaire active qui suit la contusion et qui se déclare généralement à l'époque ordinaire de la réaction phlogistique, c'est-à-dire douze à vingt-quatre heures après, et l'espèce d'exosmose aqueuse ou lymphatique qui a lieu des parois des vaisseaux congestionnés, prennent la plus grande part au boursouflement et à l'œdématie de la paupière. Le sang extravasé, en effet, comprime les vaisseaux palpébraux, gêne plus ou moins leur circulation, et occasionne l'infiltration séreuse des tissus, de même que nous voyons l'œdème des membres variqueux et l'hydropisie des cavités séreuses être souvent produits par des causes analogues.

L'hématocèle palpébrale se dissipe ordinairement par résolution à l'aide des seules lotions d'eau fraîche, ou bien sans aucun secours, dans l'espace de deux à trois semaines à peu près. La réaction cependant qui suit la contusion, détermine quelquefois une ophthalmoblépharite plus ou moins intense qu'il faut traiter en conséquence, ainsi que nous le dirons dans le chapitre des phlogoses oculaires. Il en est de même des abcès qui peuvent se former en pareille occurrence dans les tissus palpébraux.

Une question assez importante se présente ici naturellement. L'art a-t-il des moyens pour dissiper très-promptement l'hématocèle palpébrale?

S'il s'agit de favoriser simplement la résolution, nul doute que la compression de la tumeur et le repos de la partie (1) conjointement aux affusions continuelles par-dessus le bandage, d'eau froide salée, vinaigrée, alcoolisée, de rose, de Cologne, de fleurs de sureau, de mélilot, ammoniacée, saturnine, etc., ne hâtat singulièrement la résolution du liquide épanché. J'ai moi-même obtenu très-promptement cette résolution par l'application nocturne d'un sachet de poudre de café brûlé et des lotions précédentes pendant le jour. Mais il faut toujours un certain temps pour que la tache sanguine soit complétement dissipée.

Mackensie prétend qu'il n'y a rien de mieux dans ces cas, que les applications répétées de sangsues sur la tumeur. Ce remède me paraît pis que le mal; appliquées en effet sur les paupières, ces annélides, outre qu'elles ne tirent pas le sang extravasé, ouvrent par leurs morsures de nouveaux vaisseaux, augmentent l'ecchymose et l'œdème, provoquent quelquefois un érysipèle fâcheux, et même la gangrène de la paupière (Middlemore). Le même praticien conseille de peindre les paupières pochées aux personnes qui, obligées de se montrer, tiendraient à cacher leur accident! Mais cet auteur n'a pas songé au gonflement qui existe dans ces cas et qui ne saurait être masqué par la peinture!! D'ailleurs, par quelle espèce de vernis cosmétique pourrait-on rendre naturelle la couleur noire ou violette de la paupière?

Lawrence propose, dans le même but, d'ouvrir avec la lancette quelques-unes des veines les plus saillantes de la tumeur, et d'en favoriser l'écoulement à l'aide de

(1) Les ophthalmologues anglais les plus récens (Mackensie, Middlemore, Lawrence), prétendent que le mouvement des paupières déplace continuellement le sang inter-cellulaire et en retarde la résorption. Aussi conseillent-ils le repos des deux yeux qu'ils ordonnent de couvrir avec un bandeau binocle.



lotions tièdes et de douces frictions. Ce moyen paraît plus rationnel ; il peut sans doute prévenir ou diminuer la réaction, et même favoriser la résolution de l'ecchymose, mais il ne saurait la dissiper sur-le-champ.

Si l'on était appelé au moment même de la contusion, on pourrait certainement s'opposer à l'extravasation et à la réaction congestionnelle à l'aide de la compression exacte de la partie, des affusions répétées d'eau fraîche et du repos. Mais si l'hématocèle est déjà déclarée, toute tentative d'avortement de l'épanchement ne saurait être permise qu'en cas d'absence complète d'inflammation. Dans cette dernière circonstance, on pourrait, je pense, ouvrir sans crainte la tumeur à l'aide d'une ou de plusieurs petites piqûres pratiquées avec une lancette ; exprimer exactement tout le sang, comprimer ensuite et arroser pendant quelque temps la partie d'eau froide dans le double but de prévenir un nouvel épanchement et d'obtenir une réunion prompte et sans réaction. L'hématocèle palpébrale la plus prononcée pourrait, de la sorte, être dissipée en vingt-quatre heures de temps. Ce qui vient à l'appui de cette pratique, c'est qu'on voit souvent, à Londres, les témoins des boxeurs pratiquer avec succès cette petite opération sur le terrain même de la lutte ; le gonflement et la tache des paupières se dissipent à l'instant ; le combattant peut ouvrir l'œil et continuer la pugilation ; mais quelques heures après, l'hématocèle reparaît. Cela n'aurait certainement pas lieu si la partie était comprimée et arrosée d'eau fraîche après l'évacuation du premier sang, ainsi que nous venons de le proposer. D'ailleurs, ne sommes-nous pas quelquefois forcé, d'après la pratique ordinaire, de donner issue à l'aide d'une incision au sang de la tumeur, lorsque la résorption se fait très-longtemps attendre et que la présence du liquide irrite trop vivement les tissus ? Arrivons en attendant, aux contusions compliquées, dont l'importance est bien autrement sérieuse.

N° 131. — 3 Nov.

Introduction du pénis dans le rectum d'une jument, suivie d'abcès; guérison; par M. Houba, vétérinaire des Pays-Bas.

Une jument très-méchante, conduite à l'étalon, se défendit beaucoup ; il en est résulté l'introduction du pénis dans le rectum. Il se manifesta, à la suite de cette erreur de lieu, une tuméfaction très-forte autour de l'anus ; elle était accompagnée de chaleur, de douleurs, et d'une fièvre très-forte.

Consulté au moment de l'accident, M. Houba saigna aussitôt la bête, la mit à une diète très-sévère, à l'eau blanche, lui donna des lavemens composés avec la décoction de graine de lin et de têtes de pavot.

Le deuxième jour, à son examen, l'animal avait moins de fièvre ; mais l'engorgement situé à l'anus avait augmenté ; il s'étendait même sur tout le côté gauche de la croupe.

M. Houba, pour remédier à cette tuméfaction étendue, se détermina à faire appliquer des cataplasmes émolliens qu'on arrosait de temps en temps avec de l'eau végéto-minérale. Un appareil en toile fut préparé par lui pour maintenir ces cataplasmes.

Le troisième jour, obligé de s'absenter, M. Houba n'a pas vu l'animal malade.

Le quatrième il trouva, à sa visite, que la tuméfaction n'était pas diminuée, mais qu'elle avait moins de dureté et moins d'inflammation que le premier jour.

Cette circonstance lui fit supçonner qu'il s'était formé un abcès intérieur ; mais, comme nous l'avons dit, cette jument était méchante, il ne lui fut pas possible de s'en assurer, parce qu'elle lançait des ruades dangereuses aussitôt qu'on touchait les parties malades. Il prit la résolution de l'entraver et de l'abattre ; par ce moyen, il a pu explorer et juger l'état de la tuméfaction, sa situation et son étendue. La main introduite dans le rectum, il reconnut qu'il existait de la fluctuation du côté gauche ; il se détermina sur-le-champ à opérer.

Le procédé qu'il mit en usage fut d'inciser la peau et les parties sous-jacentes situées entre l'anus et la partie supérieure de la fesse gauche. Le bistouri était plongé à deux pouces de profondeur. L'abcès fut ouvert largement ; il sortit aussitôt par cette ouverture une quantité de matière puriforme qu'on évalua à quatre litres au moins. Les dernières portions qui sortirent se trouvaient mêlées à des caillots de sang décomposé et corrompu.

Après cette évacuation terminée, l'ouverture a été agrandie de manière à passer la main. Mon premier soin, dit M. Houba, a été de m'assurer si l'intestin rectum n'avait pas été déchiré par suite de l'erreur de lieu, ou bien altéré par la présence de cette matière puriforme d'une odeur fétide qui avait sujourné près de lui. Je m'assurai que cet intestin était intact ; dès ce moment, je regardai la guérison comme assurée, et je fis connaître mon pronostic au propriétaire.

La matière puriforme n'avait pu se faire jour au dehors, elle avait gagné du côté du bord ischiatique de l'os coxal ; il en résultait une poche dans l'épaisseur des muscles de cette région, dont la partie la plus déclive se trouvait du côté de la fesse. On jugea qu'une contre-ouverture devenait indispensable pour vider le fond de cette poche et éviter de cette manière de nouvelles collections purulentes.

M. Houba employa avec succès, pour cette opération, une aiguille à séton courbe sur le plat, disposée en forme de croissant ; il a fait communiquer les deux ouvertures, la supérieure avec l'inférieure par l'entremise d'une mèche de séton qui donnait une issue au dehors à la matière puriforme. Ainsi il évitait, par ce procédé, la formation d'une nouvelle collection purulente.

Ces différentes opérations terminées, il nettoya les parties avec soin ; il s'est servi d'une seringue pour injecter, dans l'intérieur de la poche, de l'eau légèrement vinaigrée. Il employa des plumasseaux enduits d'onguent digestif simple, composé de térébenthine et de jaune d'œuf.

Dès le lendemain de l'opération, l'animal mangeait

avec appétit, manifestait de la gaîté. L'appareil fut levé; un autre semblable a été appliqué. Pour les autres pansemens, il a imbibé seulement les plumasseaux de teinture d'aloès: il observait un mieux sensible et graduel à chaque pansement.

Après trois semaines de soins et de pansemens méthodiques, l'animal fut entièrement guéri et reprit son travail accoutumé.

Cette observation importante diffère, comme on voit, des faits que nous avions insérés dans le journal. L'erreur de lieu a déterminé, dans ce dernier cas, des accidens consécutifs qui ont nécessité des opérations et des pansemens répétés pour arriver à la guérison complète.

L'intestin rectum n'a pas été déchiré comme l'avait observé M. Colin, ce qui explique les guérisons obtenues par M. Demoussy. Quoique dans l'observation rapportée par M. Houba l'intestin n'avait pas été déchiré, cependant il est survenu un vaste dépôt purulent qu'il a fallu ouvrir et panser avec méthode.

Ce fait nous a paru plein d'intérêt, et la publication également utile. D.

(*Journ. de Méd. vétér.*)

N° 132. — 5 Nov.

Blessure céphalique grave. Enfoncement de la voûte crânienne, s'étendant depuis la partie supérieure du coronal jusqu'à la partie antérieure de l'occipital du côté droit. Guérison prompte. Persistance de la dépression osseuse, sans lésion notable des fonctions cérébrales; par Maugeis, D.-M. à Herblay (Seine-et-Oise.)

Le 24 septembre dernier, sur les huit heures du soir, le nommé Blaveau ouvrier charpentier, âgé de 27 ans, demeurant à Cormeilles-en-Parisis, était occupé, après avoir soupé, à transporter, avec trois de ses camarades, une pièce de bois de 14 pouces d'épaisseur sur 12 pieds de longueur, pour servir à un pressoir qu'ils étaient occupés à construire à Herblay; cette masse était soutenue sur leurs épaules; le sieur Blaveau s'était chargé de l'une extrémités, celle de devant, et par conséquent il ouvrait la marche. A peine avait-il fait quelques pas, que ses trois aides cédant sous le poids, lâchent prise, et le malheureux charpentier tombe sur le côté gauche en voulant retenir son fardeau dont l'extrémité vient heurter la partie latérale droite de sa tête. Resté sur le coup, il ne donne aucun signe de vie. Le sang coulait à flots de sa bouche et de ses narines; on le transporte sur un lit, et l'on me fait appeler plutôt pour constater sa mort que pour lui porter secours.

Voici l'état dans lequel je le trouvai à mon arrivée, qui eut lieu vingt-cinq minutes après l'accident.

Face pâle, paupières fermées, bouche et narines sanguinolentes; respiration parfois plaintive; pouls plein, mais un peu concentré; relâchement, c'est-à-dire abandon général de tout le système musculaire; coma profond dont il est difficile de tirer le blessé, qui cependant répond quelquefois à ce qu'on lui dit, par le mot *hein*. On ne rencontre sur sa tête aucune solution de continuité aux parties molles; mais presque tout le milieu de sa partie latérale droite, antérieure et supérieure, est enfoncé aux dépens de la partie supérieure du coronal et de l'antérieure de l'occipital. Le diamètre longitudinal de cet enfoncement, qui commence immédiatement au-dessus du sinus frontal, a quatre pouces; son diamètre transversal trois et demi, et sa profondeur est de trois lignes environ: elle existe principalement sur le pariétal. Cet enfoncement longe la ligne médiane dont il n'est écarté que d'environ à peu près deux lignes. On y distingue encore aisément trois fractures, ce qui fait que les tables sont inégalement enfoncées.

Je fais aussitôt une saignée de seize onces. Au milieu de l'opération le malade se soulève subitement, se penche sur le côté et vomit à peu près deux livres tant de sang que de résidu d'alimens, et bientôt, pressé par une évacuation alvine, il s'efforce, à notre grand étonnement, de descendre à terre; mais on reconnaît qu'il n'agit que comme un homme ivre, sans conscience de ce qu'il fait. Après avoir évacué quelques matières sanguinolentes, les aides qui le soutenaient le replacent sur son lit, et il retombe aussitôt dans le même état comateux qu'avant.

Prescription: Potion stimulante éthérée. (Eau de menthe poivrée 2 onces, de merisier 1 once, de fleurs d'oranger 1/2 once, éther sulfurique 1 scrupule, extrait de belladone 2 gr., sirop de sucre 2 onces, par cuillerée de demi-heure en demi-heure.)

Le lendemain à six heures nous trouvâmes le malade dans un état tel que nous étions bien loin de le supposer, car nous nous attendions à le perdre dans la nuit. La garde nous dit que la connaissance lui était revenue peu à peu. Effectivement, il répondit à toutes les questions que nous lui fîmes, n'accusant d'autre douleur qu'une grande pesanteur de tête et des bourdonnemens dans l'oreille droite. Seconde saignée; je renouvelle la potion, ordonne en outre pour tisane une infusion de feuilles d'oranger dans une décoction de chiendent, et je prescris deux bains de pieds sinapisés et un lavement purgatif.

Le troisième jour de l'accident, nous voulûmes renouveler la saignée du bras, afin de dissiper les bourdonnemens d'oreilles qui continuaient toujours; mais le malade, qui est très-indocile, s'y refusa, et se fit appliquer de lui-même douze sangsues derrière l'oreille droite.

Enfin le quatrième jour, il se leva et se promena dans la chambre, n'accusant qu'une grande faiblesse dans les extrémités inferieures, et de nouveaux bourdonnemens dans l'oreille du côté opposé, bourdonnemens qu'il a conservés jusqu'à ce jour; il se plaint aussi d'avoir le sommeil difficile.

Cet homme, qui passe pour être d'une force athlétique, a cependant un système musculaire très-ordinaire.

Note du Rédacteur. Deux circonstances rendent digne de considération le fait qui précède:

1° La chute du blessé sous le coup et le saignement par le nez et par la bouche. La commotion et la compression encéphaliques peuvent sans doute produire le premier de ces effets ; attendu cependant la courte persistance du coma chez cet individu, on peut être autorisé à attribuer principalement le phénomène à l'action de la compression. Cela s'accorde d'ailleurs parfaitement avec la direction verticale du corps vulnérant ; l'ébranlement de la boîte crânienne, ou la commotion cérébrale, suppose toujours, comme on sait, un certain degré d'obliquité latérale dans la direction de la violence traumatique. Mais quelle est la véritable source du sang que les blessés rendent dans ces cas par la gorge, par le nez et par l'oreille ? Les auteurs ne se sont pas suffisamment expliqués à cet égard. Lorsque le liquide ne dépend pas d'un blessure externe de ces sens, il faut en chercher nécessairement ailleurs, ou dans la caisse crânienne elle-même, la source primitive. Souvent, en effet, cet écoulement se rallie à une fracture de la base du crâne, ou bien à une lésion des tissus mous qui y sont contenus ; le sang filtre alors au dehors par les ouvertures naturelles de communication avec les sens de la face. Aussi n'est-ce pas sans raison que les praticiens s'alarment souvent à la vue de ce symptôme, et qu'ils favorisent par une position convenable l'écoulement dont il s'agit. Maintenant, peut-on supposer que chez le blessé de M. Maugeis, l'écoulement naso-buccal dépendît d'une fracture de la base du crâne ? Nullement ; car dans ce cas, il y aurait eu d'autres symptômes, et le malade n'aurait pas guéri aussi promptement. Tout porte donc à présumer que chez lui, le sang provenait ou d'un coup sur le nez qu'il avait reçu en tombant, ou bien d'une lésion simple des meninges.

2° L'enfoncement de la voûte crânienne et la guérison sans accidens, malgré la persistance de la dépression osseuse. Une foule de faits a prouvé depuis longtemps que l'encéphale peut s'habituer impunément à un certain degré de pression, et lorsque dans les fractures avec enfoncement le cerveau et les méninges n'ont pas été considérablement contusionnés ou déchirés, la guérison peut très-bien avoir lieu sous la seule influence des évacuations sanguines plus ou moins répétées, et du temps. Nous disons un certain degré de compression, car on n'ignore point qu'au-delà de certaines limites l'action compressive détermine une mort apoplectique, à moins que le blessé ne soit convenablement secouru par la trépanation. Rappelons, en attendant, quelques faits qui ont de la ressemblance avec celui qui précède.

— Un homme est frappé à la tête d'un éclat de grenade, il tombe sans connaissance : l'os pariétal droit est considérablement enfoncé. Il guérit sans trépanation, malgré la persistance de l'enfoncement. Dix années après, il meurt d'autre maladie, J.-L. Petit ouvre son crâne, et trouve la partie moyenne du pariétal droit brisée, et faisant une saillie à la surface interne du crâne et comprimant la dure-mère. Ce grand praticien s'écrie à l'occasion de ce fait : « Si on avait trépané cet homme il y a dix ans, il eût vécu peut-être dix ans de moins ! »

— Un enfant eut le crâne enfoncé, à peu près comme dans le cas précédent. Sa mère s'opposa à toute médication. Le coma se dissipa petit à petit, et la guérison eut lieu. J.-L. Petit disait à cette femme, qui criait au miracle : « Nous devons tout à la nature, et peut-être avez-vous plus d'obligation à votre ignorance qu'à mon savoir. »

Quesnai, Dupuytren, Abernethy, Hennen, Fichet de Fleury, etc., rapportent un très-grand nombre de faits pareils ou analogues à celui de M. Maugeis. R.

N° 133. — 8 Nov.

Rupture du ligament rotulien à son extrémité supérieure ; position du membre, application d'une bande roulée et du bandage unissant des plaies simples ; réunion après 46 jours de traitement.

M. Morin, âgé de 63 ans, ancien médecin des armées, exerçant rue de la Grande-Fripperie, n° 16, voulant descendre, le 20 juillet 1836, quelques marches pour se rendre chez lui, son pied droit glissa rapidement en avant, et il tomba assis sur la jambe gauche qui s'était violemment repliée, de manière que le talon touchait à la fesse ; il parvint à se relever, mais c'est en vain qu'il voulut marcher ; deux hommes furent obligés de l'aider et de le mettre au lit. La tension et le gonflement du genou survinrent si promptement qu'il me fut impossible de reconnaître dans le moment la rupture du ligament de la rotule. Des topiques résolutifs et un bandage légèrement compressif diminuèrent l'engorgement ; et le lendemain, je pus m'assurer de l'intégrité de la rotule et sentir au-dessous d'elle une dépression assez profonde.

Cet os était remonté de deux travers de doigt au-dessus des condyles du fémur ; en le faisant mouvoir, on s'apercevait qu'il n'était plus retenu au tibia par son ligament qui avait été arraché de son angle inférieur. En portant le doigt au-dessous de cet angle, on soulevait l'extrémité supérieure du ligament, de manière à la sentir dure, épaissie ; tandis que du côté de la rotule l'angle seul paraissait appréciable.

M. le professeur Lisfranc immédiatement appelé, confirma le diagnostic et approuva le traitement.

Au bout de quelques jours, le malade fut confié aux soins du docteur Clairain, qui continua la position inclinée du membre sur le bassin, l'application d'une bande roulée et du bandage unissant des plaies simples.

Le malade s'est levé le quarante-sixième jour.

Le cinquantième, il marchait dans sa chambre.

Le soixantième, il sortit de chez lui.

Quelques jours après, comme il restait de la douleur et un peu d'empâtement dans l'articulation, je prescrivis les douches froides. M. Lisfranc, que nous revîmes, y joignit l'usage d'une légère compression au-dessous et autour du genou.

Aujourd'hui, trois mois et demi après l'accident, la guérison est parfaite. Il n'y a point de claudication ; le genou a recouvré sa flexibilité naturelle.

BRESSAND DE CUISEAU, D.-M.

CLAIRAIN, D.-M.-P. LISFRANC.

ÉCOLE PRATIQUE.

Cours public d'ophthalmologie de M. Rognetta.

Lésions traumatiques et brûlures de la région oculaire.

(Suite du numéro 139.)

2° *Lésions compliquées.* A. *Luxation oculaire* (ophthamoptosis). La double résistance moléculaire et vitale de nos tissus, bien que considérable dans certaines régions du corps, est loin de braver certaines violences traumatiques qui nous attaquent. L'expérience nous démontre effectivement tous les jours la puissance musculaire la plus prononcée succomber sous l'action des causes luxantes ; et nous voyons également la dure-mère et la boîte crânienne céder et se rompre sous certaines contusions branlantes, et permettre à l'encéphale de s'échapper au dehors. C'est ainsi que sous l'influence des mêmes causes, les liens des viscères abdominaux s'allongent subitement quelquefois, et permettent à ces organes de se montrer à l'extérieur. Est-il donc étonnant que la sphère oculaire soit elle-même sujette à la même violence, et qu'elle soit expulsée jusque sur la joue sous l'influence d'une cause commotionnante ? Bien que les cordages orbito-oculaires (muscles, nerfs, vaisseaux, tissus cellulaire et fibreux, conjonctive, etc.), offrent une très-grande résistance, néanmoins la forme évasée de la partie antérieure de l'orbite, l'inclinaison en dehors de sa paroi externe, et la position très-superficielle et saillante du globe visuel, rendent non-seulement possible, mais encore facile, le déchatonnement traumatique de ce dernier.

Lorsque le rebord orbitaire osseux est écorné par une cause quelconque, la luxation de l'œil devient encore plus facile par le défaut de résistance. C'est ainsi aussi que la fracture du rebord de la cavité cotyloïde rend aisé, comme on sait, le déplacement de la tête du fémur. Les faits qui constatent la lésion dont il s'agit sont plus nombreux qu'on ne le croit communément.

En tombant de quinze à seize pieds de haut, un homme se frappa si violemment la tête sur le sol, qu'il perdit connaissance, et l'œil droit sortit de l'orbite en pendant sur la joue ; Gallait pratiqua quinze saignées dans l'espace de quarante-huit heures, la léthargie se dissipa après le neuvième jour ; l'œil fut remis en place et maintenu, et le tout revint à l'état normal. (Quesnay, *Trépan.*)

Un boxeur de Londres essuya un si violent échantillon du poing de son adversaire, à la tempe, que les deux yeux furent chassés des orbites et restèrent pendans sur les joues. Aucun pansement n'ayant été employé, ces organes furent frappés de cécité, et la physionomie de l'homme était horrible à voir. (Bidloo, *Opér. anat. chir.*)

Un malade de l'Hôtel-Dieu de Paris, dont parle Vauguion, offrait, à la suite d'un coup, les deux yeux pendans sur les joues, où ils avaient acquis des adhérences; les nerfs optiques étaient allongés et la vision n'était pas abolie.

Ayant été appelé auprès d'un jeune homme qui venait d'être frappé d'un coup de pipe à l'œil, Beer trouva cet organe luxé en dedans et en haut par l'action de levier du canon de la pipe; la vision n'a point été perdue, mais l'œil resta tourné vicieusement. John Bell et White rapportent chacun un pareil cas. Tout le monde connaît les observations de Couillard, Lamswerde et Spigel à ce sujet; celle du premier est la plus célèbre.

Un orfévre présentait, à la suite d'un violent coup de raquette à la tempe, l'œil du même côté pendant au niveau de la bouche. On était en train d'exciser l'organe avec les ciseaux, lorsque Couillard arriva heureusement assez à temps pour arrêter la main de l'opérateur. Replacé dans l'orbite et maintenu convenablement, l'œil reprit toutes ses fonctions.

Il résulte des faits qui précèdent :

1° Qu'il ne faut pas confondre la luxation oculaire avec l'exorbitisme ou l'exophthalmie spontanée, dont nous devons parler ailleurs. Dans la première, en effet, l'œil peut être replacé de suite dans l'orbite : il n'en est pas de même dans la seconde.

2° Que la vision et les autres fonctions de l'organe peuvent être rétablies le plus souvent si l'on panse le malade à temps et convenablement.

3° Enfin, que les indications essentielles à remplir dans cette lésion se réduisent à trois, comme dans toute espèce de luxation en général : réduire l'organe déplacé, l'y maintenir; prévoir ou combattre les accidens. La réduction ne semble pas devoir offrir de difficulté, surtout si l'on a la précaution de faire relever la paupière supérieure et d'abaisser fortement l'inférieure ; l'organe est replacé dans son chaton avec les trois premiers doigts de la main. Si cependant le gonflement des parties présentait quelqu'obstacle à la réduction, il ne faudra pas se faire scrupule de fendre l'angle externe des paupières. (Middlemore.) Des bandelettes de dyachilon par-dessus les paupières, des compresses et une bande monocle rempliront la seconde indication. Des saignées enfin, plus ou moins répétées, les affusions d'eau froide par-dessus l'appareil, le repos et la diète préviendront ou combattront la réaction.

Est-il nécessaire maintenant d'ajouter que lorsque la luxation est compliquée de rupture du nerf optique, il faut achever et régulariser l'extirpation de l'organe, et traiter la plaie en conséquence ? Telle a été la conduite qu'on a tenue chez un vieillard qui se trouvait dans ce dernier cas par l'action de la roue d'une voiture sur l'orbite; la guérison de la plaie a eu lieu sans aucun accident consécutif (Graefe).

B. *Commotion de la sphère visuelle.* On peut réduire à quatre les effets de la commotion de l'œil, savoir : paralysie de la rétine, luxation du cristallin, déchirure de l'iris et apoplexie oculaire. Plusieurs de ces effets peuvent coexister à la fois.

(*a*) *Paralysie de la rétine.* L'on sait que l'ébranlement très-violent de l'encéphale produit une paralysie générale et la mort sur-le-champ, sans que le scalpel fasse connaître d'autre altération qu'une diminution dans le volume de l'organe. De même, la rétine se trouve

aussi à son tour paralysée quelquefois par le même mécanisme. La commotion oculaire cependant, produit aussi dans quelques occasions la déchirure de cette membrane ; de là, la cécité irrévocable, l'œil conservant d'ailleurs son volume, sa forme et sa transparence naturelles. Ajoutons que la seule commotion encéphalique peut parfois déterminer la paralysie rétinienne. Les faits de cette espèce sont extrêmement communs.

Un des ducs de La Rochefoucauld reçut au faubourg Saint-Antoine, une balle morte au front, qui n'entama point les tissus et ne fit pas perdre connaissance. Il perdit à l'instant et pour toujours la vue des deux côté ; les yeux ayant d'ailleurs conservé toute leur apparence naturelle. Ce fait étonna beaucoup dans le temps ; on l'explique aisément aujourd'hui par la commotion oculaire. (*Voltaire, siècle de Louis XIV.*)

Un enfant que je vis à l'Hôtel-Dieu, offrit le même phénomène à la suite d'un coup de baguette sur le front.

Un éclat de bombe frappa, en 1830, la joue gauche d'un jeune homme qui se battait sur le quai Voltaire ; il fut emmené à la Charité. L'œil de ce côté n'avait nullement été touché ; il conservait toutes ses formes, mais il avait perdu sur le champ et sans retour la faculté de voir par le seul fait de la commotion. Un chef de brigade se trouva dans le même cas par l'action d'une balle morte à la tempe (Larrey). Dans deux autres circonstances, la chose arriva à l'occasion d'une chute de cabriolet ou d'un coup de canne sur la tête (Lawrence).

La cécité est complète le plus ordinairement, et sans ressource ; quelquefois pourtant la lésion ne consiste que dans une sorte d'ambliopie, qu'on peut combattre par les remèdes propres à cette maladie. Lawrence a vu l'amaurose traumatique d'un côté se transmettre à l'autre par action sympatihque.

Quel est le traitement de la lésion dont il s'agit? Prévenir la réaction inflammatoire ou la combattre lorsqu'elle est survenue par les saignées, le repos, la diète, les affusions d'eau fraîche, etc., telles sont les données d'après lesquelles on doit se régler en pareille occurrence.

(*b*) ***Luxation du cristallin.*** (*Cataracte luxée.*) Déjà Maître-Jean avait reconnu que la lentille pouvait se luxer traumatiquement de quatre manières différentes. Elle peut être simplement déjointe de ses attaches à la hyaloïde et rester vacillante derrière la pupille ; son opacité est alors inévitable (cataracte branlante). Elle peut être déplacée dans la troisième chambre, s'enfoncer derrière l'iris, dans le corps vitré, et se dévier plus ou moins de l'axe visuel ; la vue peut, dans ce cas, être conservée comme après l'opération heureuse de la cataracte par abaissement. Elle peut s'engager dans l'ouverture pupillaire, et y rester fixée comme une sorte de bouchon obturateur de la lumière. Elle peut enfin, et c'est le cas le plus ordinaire, franchir la pupille, passer dans la chambre antérieure, presser la cornée et déterminer des accidens plus ou moins graves, ou bien s'échapper au dehors à travers une brèche de cette membrane. Cette classification me paraît très-juste et très-bonne à conserver. Les faits qui l'appuient fourmillent pour ainsi dire. Il est bon néanmoins d'ajouter que, dans le plus grand nombre des cas, le cristallin n'est point luxé sans que la rétine soit paralysée en même temps.

Un ancien militaire que j'ai soigné à Paris, avait reçu depuis nombre d'années, un coup de baguette de fusil à la tempe droite ; il avait perdu sur-le-champ la faculté de voir de ce côté, et était de temps en temps sujet à des phlogoses graves dans cet œil. Son cristallin avait été luxé par le coup, et passait et repassait de la chambre postérieure dans l'antérieure ; de là les ophthalmies répétées.

Un capitaine avait un œil cataracté, il reçut une balle morte à la tempe du côté opposé ; la cataracte fut déplacée par contre-coup, et la vision rendue nette de ce côté : tandis que l'œil sain devint à son tour cataracté et amaurotique (Travers). A la suite d'un coup de poing à la région oculaire le cristallin se luxa en avant, la cornée se déchira sous le coup et lui donna issue immédiatement ; la lentille fut trouvée dans le mouchoir avec lequel le blessé avait couvert son œil (Billard). Dans une autre circonstance, le cristallin resta enclavé dans la brèche cornéale d'où il a fallu l'extraire par une incision. (London méd. Gaz.)

Le traitement à employer dans ces cas est facile à prévoir. Indépendamment de la médication antiphlogistique commune à toutes les lésions traumatiques de l'œil, il y a ici des égards particuliers à avoir suivant la position du cristallin. S'il est enfoncé dans la chambre hyaloïdienne, et que sa présence ne provoque pas d'accidens (ainsi que cela a lieu lorsqu'il presse contre l'iris, par exemple), on abandonnera le tout à la nature, ou plutôt on traitera l'œil comme après l'abaissement. Dans tous les autres cas, on pratiquera l'extraction du cristallin par l'opération de la cataracte ou bien on l'attaquera avec l'aiguille.

(*c*) *Déchirure irienne.* Lorsque la commotion oculaire a été assez forte pour ébranler tous les tissus de la sphère de ce nom, l'iris se décolle partiellement quelquefois du corps ciliaire, il en résulte une sorte de pupille surnuméraire par laquelle le sujet pourrait voir si la rétine était saine ; mais le plus ordinairement l'amaurose accompagne cette espèce de lésion, les chambres de l'organe se remplissent de sang, il y a des douleurs lancinantes, une réaction plus ou moins vive ; enfin l'œil s'éclaircit, la pupille primitive devient ovale et la cécité persiste. Dans d'autres occasions, c'est la pupille naturelle qui se déchire, soit transversalement, soit verticalement : le résultat est à peu près le même.

Un forgeron reçut par l'action d'un petit morceau de fer qui lui sauta à l'œil, un coup sur cette région qui le priva à l'instant de la lumière.

Le lendemain, la chambre antérieure était à moitié remplie de sang ; l'iris était décollé dans l'étendue de trois lignes à son bord supérieur et externe ; la pupille naturelle s'était allongée par l'affaissement du bord supérieur du diaphragme oculaire. Le traitement antiphlogistique et le repos facilitèrent la résorption de

sang extravasé, l'organe s'éclaircit petit à petit, mais il resta ambliopique. (Lawrence.)

Cette observation apprend déjà suffisamment quelle doit être la conduite thérapeutique à tenir en pareilles occurences.

N° 134. — 10 Nov.

HOPITAL DES VÉNÉRIENS.

Clinique de M. Malgaine, chirurgien par intérim.

Du traitement des bubons indurés par l'écrasement.
(Observations recueillies par M. P. Bazile.)

Parmi les accidens qui surviennent dans la maladie syphilitique, un des plus difficiles à combattre, pour arriver à une guérison complète, est bien certainement le bubon induré. Il n'y a pas un médecin qui n'ait rencontré dans sa clientelle plusieurs cas de ces bubons contre lesquels viennent échouer presque tous les moyens employés pour la cure des bubons ordinaires.

Tous les jours, à l'hôpital des Vénériens, on voit rentrer de ces malades qui, traités en ville ou même quelquefois dans les hôpitaux, avaient été considérés comme guéris, parce que le bubon primitif avait presque entièrement disparu, ou que la cicatrisation de la plaie était complète. Mais à la première fatigue que va faire le malade, cette cicatrice, qui repose sur des tissus de mauvaise nature, ne tarde pas à se déchirer; le bubon reprend bientôt sa marche et arrive lentement à un développement plus ou moins considérable.

On a tenté une foule de moyens pour dissiper ces tumeurs; les sangsues, les cataplasmes, les vésicatoires, n'ont qu'une efficacité fort douteuse; les onctions avec les pommades résoulutives ne réussissent pas mieux; et en désespoir de cause, on est souvent réduit à les détruire, soit avec les caustiques, soit avec le bistouri. Mais pour peu que ces tumeurs aient des racines profondes, ces opérations ne sont ni sans difficulté, ni sans danger, et la prudence défend d'y recourir. Il y avait donc dans cette partie de la thérapeutique une lacune réelle que M. Malgaine a cherché à combler. Le nouveau moyen qu'il emploie est l'écrasement des ganglions, soit avec les pouces, lorsqu'ils sont ramollis, ou avec un cachet lorsque la résistance est plus forte; et même, dans certains cas rebelles, il a eu recours au tourniquet de J.-L. Petit, ou bien à un petit étau agissant comme le premier instrument, au moyen d'une vis de pression; mais avec moins d'inconvéniens et plus de force. Les observations suivantes feront voir comment et dans quels cas cette méthode a été employée.

— Salle n° 1, lit n° 14. Lévi Salomon, âgé de trente-quatre ans, commis marchand, d'une bonne constitution, a eu, il y a dix ans, une blennorrahagie bien guérie. Il y a deux mois environ, un mois après avoir eu des rapports avec une femme, un bubon s'est déclaré à l'aine gauche sans autres symptômes syphilitiques.

Il a suivi chez lui un traitement très-varié. On lui a ordonné successivement l'onguent mercuriel, le sirop cyanuré, les bains de Baréges, les emplâtres de Vigo. Malgré ces moyens, le bubon a toujours augmenté, et aujourd'hui, 21 octobre, jour de l'admission du malade, il se présente sous la forme d'une tumeur indurée et immobile, ayant trois pouces de long dans la direction du pli de l'aîne, deux pouces et demi de large et un pouce de saillie au-dessus du niveau de la peau des parties ambiantes. M. Malgaine comprime fortement avec les pouces le bubon qui se trouve écrasé au centre; et des portions de ganglions dégénérés sont poussées au-dehors par une petite plaie qui existe à la partie inférieure et interne de la tumeur, et qui avait été pratiquée un mois auparavant.

Le 22, dans la nuit, il a coulé par la plaie du sang et de la sanie; la tumeur a diminué presque de moitié en hauteur. Compression avec deux palettes en bois et un bandage roulé. Le testicule gauche étant resté dans l'abdomen, la compression peut s'opérer sans crainte de léser le cordon.

23. Pendant la nuit le malade a encore perdu beaucoup de sang par la plaie. Ecrasement de la tumeur avec un cachet.

24. En comprimant fortement le bubon avec un cachet, on fait sortir un liquide mêlé de sang et de pus. La tumeur est devenue douloureuse dans toute son étendue, et on remarque un peu de fluctuation à la partie externe, où il existe un léger enfoncement causé par l'écrasement d'une glande. Le bubon n'a plus que deux pouces de long sur un et demi de large. Mettre 10 sangsues à la partie supérieure et externe; ensuite des cataplasmes.

25. Le malade a perdu beaucoup de sang pendant la nuit; la tumeur est très-sensible: en la comprimant, M. Malgaigne fait sortir des débris d'un tissu mou et spongieux mêlé de pus. Compression méthodique; un bain; le quart d'alimens.

26. Le malade est un peu enrhumé; potion gommeuse; eau de gomme; potion anodine le soir.

27 et 28. Ecrasement de la tumeur avec le pouce; elle est toujours sensible, et la douleur se répand dans la cuisse. Cataplasmes.

29. Les douleurs ont presque entièrement disparu; écrasement et division des ganglions avec le cachet.

31. Compression avec le pouce. Même régime.

2 novembre. En comprimant avec les pouces, M. Malgaigne fait sortir un liquide rosé avec de petites portions de glandes. Quatre frictions sur la tumeur avec l'hydriodate de potasse.

5, 6 et 7. Même prescription. Aujourd'hui la tumeur a quinze lignes de large, deux pouces de long, à peine élevée au-dessus du niveau de la peau. Les douleurs ont tout à fait disparu. Continuer les frictions avec l'hydriodate de potasse et la compression avec un bandage.

—Salle n° 1, lit n° 14. Arsène, âgé de vingt-deux ans, d'une bonne constitution, n'a pas encore eu de maladies syphilitiques. Six semaines après avoir eu des

rapports avec une fille, il a eu deux chancres sur le prépuce et un bubon du côté gauche, pour lequel il n'a suivi aucun traitement pendant un mois et demi, continuant de travailler et de vivre à son ordinaire. Entré à l'hospice le 17 septembre, il lui a été prescrit :

19 septembre, vingt sangsues. Tisane ordinaire. Le quart.

20. Dix sangsues.

21. Vingt sangsues.

26. Emplâtre de Vigo.

5 octobre. Frictions avec les pommades mercurielles.

9. Application de potasse caustique, qui fit d'abord diminuer le volume du bubon ; mais bientôt il redevint stationnaire.

Le 22, la tumeur a deux pouces et demi de long, deux pouces de large et un pouce de saillie au-dessus du niveau de la peau. M. Malgaigne comprime la tumeur avec les pouces, assez fortement pour séparer plusieurs ganglions de la masse indurée. Le malade accuse beaucoup de douleur. Cataplasmes.

24. En comprimant le bubon on fait sortir une pluie de sang sur toute la plaie résultant de l'application de la pelotte. Cette plaie a deux pouces de long sur quinze lignes de large.

25. La cicatrisation de la plaie a été activée par la compression du 24. Aujourd'hui compression avec les pouces ; le malade éprouve moins de douleur.

26 et 27. La tumeur a peu diminué de volume, mais elle est ramollie. Compression très-forte avec un cachet. Cet écrasement fait sortir un peu de sang et quelques débris de ganglions. Cataplasmes.

29. La cicatrisation a marché rapidement sous l'influence de ces compressions. La tumeur a diminué de volume à sa partie supérieure, mais elle est toujours douloureuse.

31. Le bubon, qui était largement adhérent par sa base avant la compression, est maintenant libre et mobile à sa partie inférieure : on le soulève facilement. Compression sur cette partie avec le tourniquet : écrasement et division de la tumeur avec les pouces. Le malade accuse une douleur très-vive. Après ces compressions, la tumeur est ramollie ; elle n'a plus qu'un pouce de large.

2 et 3 novembre. Compression avec deux palettes et un bandage roulé. Demi-portion.

6. En écrasant avec un cachet la partie inférieure de la tumeur, on fait sortir du sang avec des débris d'un tissu mou et spongieux. Les douleurs, qui sont très-vives pendant la compression, disparaissent ordinairement après 12 ou 15 minutes. Les trois quarts.

7. Aujourd'hui la tumeur est très-mobile ; elle n'a plus que 16 lignes de long dans la direction du pli de l'aîne, et 14 lignes de large sur deux ou trois de saillie. La plaie a 9 lignes de large et 15 de long.

— Salle n° 5, lit n° 6. Soyez, âgé de 40 ans, palefrenier, fut atteint, le 8 juin, d'un chancre sur le prépuce. Il mit du sucre sur ce chancre, qui disparut en peu de temps.

Quelques jours après, un bubon survint du côté droit; le malade fut admis à l'hôpital le 22 juin, et son bubon fut ouvert le 23. Des sangsues furent appliquées dans la plaie, que l'on pansa ensuite avec le vin aromatique. le malade ne prit pas de mercure.

Il sortit de l'hôpital le 13 août, avec une plaie ayant encore 15 lignes de long. La marche et le travail firent revenir en peu de temps la tumeur qui avait entièrement disparu ; la plaie cependant avait continué de se cicatriser.

Il est rentré le 25 octobre. Le bubon est dur et immobile ; il a 15 lignes suivant la direction du pli de l'aîne, et 18 lignes de large.

Le 25, écrasement de la tumeur avec les pouces ; il sort un peu de sang par la plaie. Un bain et des cataplasmes. Le quart.

28. Ecrasement de la tumeur avec un cachet. Cataplasmes.

29. Compression avec les pouces, répétée plusieurs fois.

30. La cicatrisation est presque complète. La tumeur n'a plus que trois ou quatre lignes de diamètre.

31. Le malade a un peu marché, et la cicatrice formée s'est déchirée. Cautérisation avec la solution de nitrate d'argent ; compression méthodique. Demi-portion.

2 novembre. La plaie est complétement cicatrisée ; la tumeur a disparu entièrement : on ne sent pas de dureté sous la cicatrice.

— Nous aurions pu rapporter un plus grand nombre d'observations ; mais les trois que nous donnons suffisent pour faire voir combien cette méthode d'écraser les bubons indurés est supérieure aux autres moyens. En effet, les deux premiers malades avaient été soumis à différentes médications sans obtenir un résultat avantageux ; ce n'est qu'après l'écrasement que leur état s'est sensiblement amélioré.

M. Malgaigne a tenté ce moyen et toujours avec succès :

1° Sur des bubons anciens et indurés qui n'avaient jamais suppuré ;

2° Sur des bubons qui avaient été ouverts et dont la plaie était cicatrisée ;

3° Enfin sur des bubons incisés, dont la guérison était retardée par la présence de ganglions engorgés situés au fond de la plaie.

Dans le premier et le second cas, en divisant les ganglions au moyen du cachet ; puis en en écrasant un ou deux au centre de la tumeur, on détermine une légère irritation. L'inflammation se progage bientôt dans toutes les parties environnantes ; et il s'établit là un travail de résorption que l'on favorise ensuite avec les pommades résolutives.

Dans le troisième cas, il a suffi souvent de faire sortir, en comprimant avec les pouces, des portions de ganglions dégénérés pour faire cicatriser en peu de temps une plaie dont on avait tenté inutilement la guérison par le vin aromatique, le cérat opiacé, l'onguent basilicum, les cautérisations avec le nitrate d'argent, etc.

— 135 — 12 Nov. —

HOTEL-DIEU DE MARSEILLE.

Service de M. Ducros aîné, médecin en chef.

Epidémie de petite-vérole exerçant ses ravages sur des filles vaccinées de l'hospice de la Charité, qui n'offraient qu'une ou deux cicatrices de boutons-vaccin. (Observation recueillie par M. Ducros jeune.)

L'épidémie de petite-vérole de 1828, qui enleva seize cents personnes à Marseille, avait déjà prouvé que la vaccine n'était pas constamment un moyen préservatif de cette affreuse maladie. Plus de trois cents personnes qui avaient été vaccinées succombèrent à l'épidémie. Il y eut alors une espèce de doute dans les esprits des habitans de cette ville sur l'importante découverte de Jenner. Personne n'avait encore soulevé la question de multiplier les boutons-vaccin pour préserver d'une manière plus sûre de la variole. Ce qui vient de se passer à l'hospice de la Charité de Marseille, prouve évidemment combien la multiplicité des boutons-vaccin est nécessaire pour mettre les individus entièrement à l'abri de la petite-vérole.

Depuis le 15 septembre de cette année jusqu'au 20 octobre, quarante filles âgées de quinze à vingt ans, sont venues de la Charité à l'Hôtel-Dieu de Marseille, offrant toutes des varioles confluentes.

Ces quarantes filles avaient été vaccinées; mais ce qui m'a vivement frappé, c'est que la plupart ne présentaient la cicatrice que d'un bouton à chaque bras. Ce fait démontre évidemment que deux boutons-vaccin ne préservent pas aussi bien l'individu de la variole qu'un plus grand nombre. C'est donc une erreur de croire qu'un seul bouton possède en lui des propriétés entièrement préservatrices contre les atteintes de la petite-vérole.

Toutes les fois que je vaccine, j'ai l'attention de multiplier considérablement aux deux bras, et quelquefois aux membres inférieurs, le nombre des piqûres pour susciter chez l'individu un mouvement fébrile au moment de l'éruption des boutons-vaccin.

Une précaution qui devrait encore être prise pour assurer l'efficacité de la vaccine, ce serait de renouveler toutes les années le cow-pox. La généralité des médecins de Marseille a pu se convaincre, en employant cette année le cow-pox envoyé d'Angleterre, qu'on suscitait l'éruption de boutons-vaccins à surface beaucoup plus étendue et à aréole inflammatoire plus marquée.

Depuis trente ans, le virus vaccin n'avait point été renouvelé à Marseille; c'est peut-être à cette particularité qu'il faut surtout attribuer l'épidémie cruelle de variole qui a exercé ses ravages sur la population de Marseille en 1828.

———

Emploi de la racine d'aunée dans la leucorrhée et les scrofules; par M. Delens.

Les observations communiquées par ce médecin à la société de médecine de Paris, sont assez nombreuses pour faire regretter qu'on ait négligé cette plante fréquemment employée par les anciens. Voici quelques-uns des faits cités par M. Delens.

Une dame d'une faible constitution et éminemment scrofuleuse, fut atteinte de chlorose, et guérie par l'emploi du fer uni au carbonate de potasse; peu de temps après, il lui survint à la mâchoire une tumeur qui acquit bientôt une grosseur considérable. Malgré l'application de deux vésicatoires volans sur la tumeur, celle-ci s'accrut si rapidement qu'on fut persuadé qu'elle allait devenir le siége d'un volumineux dépôt. Ce fut alors que M. Delens prescrivit la racine d'aunée non dans la vue d'obtenir la résolution de cette tumeur, mais d'agir favorablement sur l'état général de la malade qui était fort débilitée; le succès obtenu dépassa toutes les prévisions, puisque la tumeur cessa aussitôt de s'accroître; le lendemain elle était diminuée de moitié, et quelques jours après elle était entièrement fondue.

M. Delens cite encore une autre observation de leucorrhée abondante, suite de blennorrhagie qui se compliquait de faiblesse et de langueur d'estomac. Après avoir épuisé les médications générales et locales les plus diverses sans obtenir d'amendement notable, il se décida à prescrire la racine d'aunée en décoction à la dose de deux gros, puis à trois gros; sous l'influence de ce moyen l'amélioration fut telle, qu'au bout de peu de jours la malade fut parfaitement guéri.

Depuis cette époque, M. Delens a administré ce médicament dans plusieurs cas semblables ou analogues à ceux que nous venons de citer, et le succès a toujours couronné ses expériences.

La racine d'aunée a été employée en décoction à la dose de deux à quatre gros dans quatre tasses d'eau réduites à trois, à prendre dans la journée.

Plusieurs médecins, à l'exemple de M. Delens, ont prescrit cette racine dans diverses circonstances; ils ont constaté son efficacité dans un cas de dartre ancienne et dans plusieurs cas de gale caractérisée.

— N° 136. — 15 Aout. —

HOPITAL MILITAIRE DU GROS CAILLOU.

Service de M. Poirson, chirurgien en chef.

Engorgement chronique des tissus de la fosse iliaque interne. Bons effets des frictions éruptives.

Un jeune soldat portait dans la fosse iliaque interne du côté droit une tumeur illimitée, une sorte d'engorgement du volume de la main d'un homme adulte. Le mal existait depuis cinq mois; il était sans changement



de couleur à la peau, dur, sans battement d'aucune espèce et indolent au toucher. Le membre inférieur et le scrotum n'offraient rien d'anormal. Attendu la constitution scrofuleuse du sujet et les engorgemens glandulaires qu'il offre dans plusieurs autres régions du corps, on a dû caractériser de nature scrofuleuse la tumeur dont il s'agit.

Avant d'être reçu dans le service chirurgical, le malade avait été traité sans aucun succès dans une salle de médecine du même hôpital, à l'aide des remèdes dits fondans et résolutifs internes, tels que les purgatifs, les savoneux, etc. Tout en continuant l'usage de ces moyens et des bains, M. Poirson a joint les frictions locales de pommade stibiée. L'éruption dermique et l'espèce d'échauffement des parties malades qui en est résulté déterminèrent une diminution progressive assez notable de la tumeur. Il est probable que par la continuation de ces moyens, on parviendra à la guérison.

Cette observation nous a paru remarquable sous le double rapport du siège de l'engorgement scrofuleux (si toutefois telle est sa nature), et de l'efficacité de la pommade éruptive. Peut-être que l'usage intérieur de l'iode pourrait, dans ce cas, aider singulièrement l'action des autres moyens.

Blennorrhagie urétrale. Efficacité des lavemens de baume de copahu.

Dans ces dernières années, on avait dit des merveilles de l'efficacité des lavemens de baume de copahu pour faire avorter les phlogoses urétrales chez l'homme. Attentu le silence qui a régné depuis lors à ce sujet, on aurait cru que la vertu d'une pareille médication aurait été démentie par le temps. Voici cependant ce que nous venons d'observer à l'hôpital dont il s'agit, relativement à ce moyen.

Trois officiers étaient entrés dans le service de M. Poirson, pour des écoulemens anciens, de quatre à six mois. On prescrit :

1° Un lavement à garder tous les deux jours, d'une once de baume de copahu délayé dans huit onces de liquide. On augmente le baume d'un gros à chaque fois.

2° Un opiat tous les jours, dont la base est formée par la même substance du lavemement. Après une semaine environ de ce traitement, l'écoulement s'est arrêté complétement.

Il resterait cependant à s'assurer si l'écoulement ne reparaîtra pas au moindre excès d'intempérance, ainsi que cela est d'ordinaire. M. Poirson cependant nous assure avoir obtenu par cette méthode des guérisons durables en peu de jours, soit que le mal soit récent, soit qu'il soit chronique, comme dans les trois cas ci-dessus.

—

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

M. Velpeau.

Cataracte. Extraction. Fusion purulente de l'œil.

Au n° 5 de la salle Saint-Ferdinand, est couché un homme âgé de cinquante-sept ans, journalier. Il vient d'être opéré à la Charité de la cataracte du côté droit. Une inflammation vive a suivi l'opération; elle a été tellement violente que l'organe est tombé en suppuration et qu'il est perdu sans ressource. Aujourd'hui, quinzième jour de l'opération, l'inflammation est encore très-forte, la conjonctive est très-boursoufflée, du pus existe et dans les lames de la cornée et dans la coque oculaire.

Au n° 15 de la même salle est un individu qui se trouve absolument dans le même cas.

— Nous avons rapporté ces deux observations pour faire voir combien il importe de distinguer les circonstances individuelles des maladies pour appliquer à propos la méthode curative. Nous ne connaissons rien de plus fâcheux pour l'art et pour les malades que la routine aveugle de l'emploi exclusif de telle ou telle méthode.

Il est clair que si la méthode de l'extraction peut convenir comme méthode générale, c'est une grave erreur de croire qu'on puisse l'appliquer indistinctement dans tous les cas. Il y des yeux tellement constitués, que l'homme à jugement droit sait reconnaître les cas dans lesquels l'abaissement doit être préféré. Sans ce tact connaisseur on verra pour longtemps encore des sujets entrer voyant à demi dans un hôpital, et en sortir complétement aveugles.

Une des causes principales qui font échouer si souvent l'opération de la cataracte dans les cliniques officielles n'est pas le manque absolu de traitement préparatoire. Voyez, par exemple, M. Roux ne pas sortir du cercle étroit de son vésicatoire à la nuque, sans s'embarrasser nullement de ce qui arrive par la suite : la coupe étant faite, *va, Dieu te guérisse!* Interrogez d'autre part les deux malades dont nous venons de parler, sur le traitement préalable qu'ils ont subi avant d'être instrumentés. A-t-on nettoyé les voies gastriques, désempli le système sanguin, affaibli un peu l'organisme par un régime approprié, délayé la masse du sang par des boissons abondantes, examiné et bien disposé l'organe aux effets de l'action traumatique avant d'opérer? Rien de tout cela. Vous vous plaignez ensuite que la méthode de l'extraction est dangereuse comme l'entérotome et l'injection vineuse dans l'hydrocèle!

On est généralement assez disposé à attribuer à la méthode ce qui n'appartient souvent qu'aux soins médicaux bien entendus. Ne voyez-vous pas les mêmes accidens se déclarer également après l'abaissement? Il y a donc dans l'opération de la cataracte bien autre chose à mettre en pratique que la manœuvre d'extraction ou d'abaissement.

Epidémie de fièvres typhoïdes dans Brignoles et ses environs (département du Var); par M. le docteur Piffard.

Ayant pu observer attentivement un grand nombre de cas de fièvres typhoïdes pendant le cours de l'épidémie qui est venue désoler notre population, permettez-moi de rapporter dans votre estimable journal le résultat de mes observations. Réveiller l'attention des praticiens sur les paroxysmes de ces fièvres, paroxysmes déjà signalés par MM. Petit et Serres; faire connaître les avantages que nous avons cru retirer de l'emploi du sulfate de quinine d'après la méthode endermique: tel est le but que nous nous proposons.

Brignoles et ses environs furent malheuresement, comme tant d'autres cités de la Provence, ravagés l'année dernière par le choléra; cette maladie présentait assez souvent dans sa dernière période l'état adynamique, et même nous eûmes, à la fin de l'épidémie, plusieurs cas isolés de dothinentérite. Cette année, et à peu près à la même époque, cette dernière affection régna épidémiquement dans les lieux qui furent ravagés par le choléra. Aucune localité n'a été épargnée; il semble même que cette épidémie attaque avec plus de violence les lieux que le choléra épargna. En effet, Saint-Maxime, petite ville peu distante de Brignoles, nos campagnes sur lesquelles le fléau passa inaperçu, fournissent un grand nombre de victimes.

Qu'il me soit permis ici de témoigner ma reconnaissance aux praticiens distingués, MM. Rougon, Arband et Mattei, qui ont bien voulu me faire part de leurs observations.

C'est pendant les mois de juillet, août et septembre que s'est montrée l'épidémie. Vingt-sept individus ont été traités par nous, sur une population de 7000 âmes, formée par Brignoles, ses campagnes, Camps et Vins, deux petits villages des environs.

Un sexe ne nous a pas paru être atteint de préférence à l'autre. Les enfans et les adultes seuls ont été atteints. Le plus jeune avait 6 mois, et le plus âgé 32 ans. La mortalité a été de 7, dont 5 enfans de six mois à un an, un autre de 12 ans, et le dernier de 20 ans. C'est du neuvième au quatorzième jour de la maladie qu'ils sont morts.

Les individus atteints appartenaient presque tous à la classe des cultivateurs, et doués en général d'un tempérament lymphatique. Les chaleurs assez fortes, mais non pas extraordinaires pour la Provence (le thermomètre ne s'est pas élevé au-dessus de 33° 100) que nous avons ressenties cet été, et auxquelles les habitans de la campagne restent exposés, pourraient-elles être considérées comme cause prédisposante, ainsi qu'une alimentation de mauvaise qualité, et des fruits non parvenus à leur maturité dont les enfans font bien souvent usage dans cette saison? Faudrait-il y voir l'effet des miasmes délétères qui s'exhalent, dans les fortes chaleurs, du fumier qui pave la plupart de nos rues, et des cloaques infects qui entourent nos villes? Nous devons convenir, toutefois, que ces causes, qui se renouvellent chaque année, sont loin d'être suffisantes pour expliquer le développement de la maladie.

Après les symptômes qui précèdent en général toutes les maladies, tels que céphalalgie, légers troubles dans les fonctions digestives, perte de l'appétit, dévoiement cessant pour reparaître de nouveau, faiblesse, malaise, etc., l'affection paraissait siéger de prime abord dans le cerveau ou ses enveloppes. La céphalalgie devenait plus intense, et était d'ordinaire sus-orbitaire; un délire léger d'abord, caractérisé chez quelques malades, même pendant tout le cours de la maladie, seulement par des cris, de l'agitation pendant le sommeil et une sorte de rêvasserie continuelle; chez d'autres malades, un délire fébrile, violent, accompagné de fureur, survenait rapidement.

A ces symptômes se joignaient les suivans: langue recouverte d'un enduit plus ou moins épais, grisâtre, rouge à sa pointe et sur ses bords; inappétence, soif plus ou moins vive; chez quelques enfans même refus obtiné de prendre toute boisson; quelquefois difficulté dans la déglutition; épigastre douloureux, abdomen par fois tendu, selles fréquentes, liquides et le plus souvent jaunâtres, d'une odeur fétide, renfermant assez souvent des ascarides lombricoïdes, surtout vers la fin de la maladie. Quelques malades en ont rendu par la bouche.

Je crois devoir signaler une abondance peu commune de ces ascarides chez un enfant de quatorze à quinze mois qui me fut présenté cet été par la mère, qui me dit que son petit en avait rendu dans peu de temps plus de cent. L'enfant était d'une maigreur extraordinaire et mangeait beaucoup. J'ordonnai un régime et quelques pastilles de calomélas. Après l'ingestion de ce médicament, le malade rendit 32 vers intestinaux, dont les plus courts avaient pour le moins 6 à 7 pouces de longueur. Cet enfant reprit alors un peu d'embonpoint. Quelque temps après il me fut montré de nouveau très-amaigri. La même prescription fut faite, et une très-grande quantité de vers fut rendue; plus tard, il se manifesta de légers accès qui cédèrent au sirop de quinine.

Revenons aux symptômes observés. Le pouls, dès le début de l'affection, était assez souvent développé, toujours fréquent, la chaleur de la peau âcre; un peu plus d'intensité dans ces symptômes survenait le soir et persistait toute la nuit.

A mesure que la maladie faisait des progrès, d'autres signes se manifestaient. Ainsi, d'ordinaire du septième au neuvième jour, le délire cessait d'être une sorte de fureur; c'était une incohérence d'idées, une rêvasserie, un rabâchage continuel de la même idée, la perte de l'ouïe, de la vue; chez un malade même la sensibilité de la rétine n'a reparu que bien avant dans la convalescence. La physionomie des malades prenait un caractère de tristesse, d'abattement; l'œil était entouré d'un cercle bleuâtre, le teint devenait terreux, le décubitus dorsal, les mouvemens pénibles et les malades poussaient des cris pour peu qu'on les touchât; sans cesse ils rejetaient les couvertures de dessus leur poi-

trine; les réponses étaient lentes et difficiles. Les lèvres devenaient sèches, les dents fuligineuses, la langue noirâtre, sèche; la soif vive; rapports et haleine fétides; l'épigastre douloureux à la pression; les selles toujours fréquentes et de la même nature, c'est-à-dire jaunâtres et d'une odeur infecte; les urines étaient, en général, peu abondantes, assez souvent émises avec difficulté, quelquefois avec douleur et sanguinolentes.

Le pouls en même temps devenait petit, fréquent, quelquefois irrégulier; soubresauts des tendons, la peau sèche, rugueuse; chez plusieurs des pétéchis, des escarres au sacrum et aux coudes ont été observés.

Le soir tous ces symptômes prenaient plus d'intensité, le pouls s'accélérait, la peau devenait un peu plus brûlante et le coma profond. Ce paroxysme durait toute la nuit.

Ces symptômes persistaient d'ordinaire du septième au quinzième jour avec plus ou moins de violence; alors seulement on commençait à reconnaître un amendement assez marqué dans la maladie, amendement caractérisé par la cessation du délire, par la langue qui s'humectait, se détergeait; la soif devenait moins vive, l'appétit se manifestait, les selles étaient moins fréquentes, la chaleur de la peau moins âcre, le pouls moins vite et le faciès calme.

La durée de la maladie ne s'est jamais prolongée au-delà du 25e au 30e jour. Peu d'autres affections sont venues compliquer la maladie principale. Chez un seul une pneumonie, et chez une autre une hémorrhagie nasale très-abondante (1).

Nullement exclusif dans notre manière de considérer la thérapeutique des fièvres typhoïdes, nous avons cru devoir être avare des émissions sanguines, pourtant elles n'ont pas été rejetées de notre pratique. C'est ainsi que dans la période évidemment inflammatoire chez les adultes, une ou deux saignées générales ont été pratiquées; une seule fut faite à un enfant de douze ans. Des sangsues ont été appliquées, soit derrière les oreilles, soit à l'épigastre, soit à l'anus.

Chez les enfans, deux, quatre sangsues au plus étaient appliquées aux apophyses mastoïdes, au pourtour de l'ombilic; des cataplasmes et fomentations émollientes ont été appliqués sur le ventre. Lorsque la dilatation des pupilles, le prurit du nez me faisait soupçonner quelques vers dans le tube digestif, le calomélas était administré à petites doses. Plus tard, ayant reconnu que chez presque tous les malades il y avait cette complication, j'administrai vers le quatrième jour cette substance. Je joignais à cette médication, dans la première période, l'eau de riz un peu acidulée par le jus de citron. Diète sévère, quelques bouillons seulement. Dans la seconde période, c'est-à-dire dès que les moindres symptômes adynamiques se manifestaient, j'avais recours aux révulsifs cutanés. Chez tous les malades des vésicatoires ont été appliqués aux jambes; chez quelques-uns aux cuisses, et au plus grand nombre un large sur l'épigastre. Alors, au moindre signe d'un paroxysme, je saupoudrais toutes ces parties dépouillées de leur épiderme de plusieurs grains de quinine; et sous l'influence de cette médication, je voyais les paroxysmes diminuer d'intensité d'abord, et céder ensuite complétement. Rarement j'y ai joint le sirop de quinine pris à l'intérieur. Pour boisson je donnais ensuite l'eau ou le petit-lait vineux. Je joignais à cette médication des lavemens émolliens que je rendais narcotiques par l'addition de la décoction d'une tête de pavôt.

Chez quelques malades, pour combattre une diarrhée trop rebelle, je precsrivais des lavemens avec la décoction de quinquina. De très-bonne heure je faisais prendre des soupes légères aux malades, et je puis affirmer que je m'en suis très-bien trouvé. Souvent même je n'attendais pas que l'apyrexie fut complète. Il suffisait que la langue se fut détergée, et les selles moins fréquentes pour que les malades prissent de la soupe. Souvent un délire fugace cédait alors avec tout mouvement fébrile.

La convalescence a été assez courte, rarement entravée. Chez un malade, il est survenu une fièvre quotidienne qui a cédé à l'usage du sulfate de quinine; chez un autre, il se manifestait chaque soir de légères coliques accompagnées de météorisme de l'abdomen. Tout a cédé à une infusion de camomille prise pendant quelques jours. Chez un enfant il y eut une infiltration séreuse du tissu cellulaire des bourses et des cuisses; des fomentations aromatiques la firent disparaître.

Une lacune existe ici à notre narration déjà bien incomplète, je veux parler des lésions anatomiques présentés par les individus qui ont succombé à l'épidémie; malheureusement la pratique civile ne permet que fort rarement de faire des nécropsies, surtout dans nos pays méridionaux. On concevra sans peine combien un pareil vide est à regretter pour moi.

L'épidémie que nous venons d'observer fournit-elle des preuves qui militent en faveur de la contagion? Voilà une question qui ne doit pas être passée sous silence, et à laquelle nous répondrons par la négative. En effet, tous les faits observés par nous étaient isolés, et aucune des personnes qui soignaient les malades n'ont été atteintes. Dans une maison de campagne pourtant, une sœur et deux frères ont été successivement frappés par l'épidémie. Ce fait seul militerait peut-être en faveur de la contagion.

L'épidémie dont nous nous occupons semble avoir présenté quelques particularités suivant les localités. C'est ainsi que le docteur Arbaud a observé à Correns que les symptômes cérébraux prédominaient. A la Rocque, au contraire, c'était les symptômes adynamiques qui de très-bonne heure se manifestaient, et prenaient même un caractère de chronicité. Je dois au médecin Maley, qui exerce à la Rocque, cette dernière remarque; il m'a même dit qu'il avait vu bon nombre de malades au cinquantième et au soixantième jour de leur maladie, chez lesquels la fièvre persistait encore. Ce confrère a peu perdu de malades; il saignait vigoureuse-

(1) Chez les enfans, toutefois, la dentition est venue bien souvent aggraver la maladie, et je dois dire que presque tous y ont succombé.

ment au début. Dans ces localités, comme chez nous, ces fièvres présentaient un paroxisme toutes les nuits. La quinine n'a pas été administrée.

Je pense qu'il ne sera pas superflu de faire suivre ces généralités de quelques observations détaillées.

N° 137. — 17 Nov.

HOTEL-DIEU.

Clinique officielle.—M. Roux.

Conjonctivite blennorrhagique. Traitement d'après la vieille routine.

Au n° 33 de la salle Sainte-Marthe, est couché un jeune homme nommé Simon (Adolphe), de Toulouse, âgé de dix-huit ans, fondeur en caractères, bonne constitution, tempérament sanguin, pour être traité d'une affection oculaire. Il portait une blennorrhagie urétrale depuis trois mois et demi, qu'on avait traitée par les boissons adoucissantes et les bains généraux. Au bout de ce temps la phlogose urétrale s'était apaisée, mais l'écoulement persiste encore, lorque tout à coup Simon éprouve un picottement dans les yeux, principalement au côté gauche, et un larmoiement assez abondant. Par le conseil d'une bonne femme, il se lave deux fois les yeux avec son urine; une ophthalmië des plus intenses se déclare alors au côté gauche; il se fait recevoir à l'hôpital le 8 novembre.

A son entrée les paupières sont fort tuméfiées, rouges et collées ensemble; conjonctive palpébro-oculaire considérablement boursoufflée; écoulement puriforme abondant, douleurs dans l'œil et dans ses environs; photophobie légère. Les parties profondes de l'œil paraissent intègres. Le mal existe depuis sept à huit jours.

Prescription. Large vésicatoire à la nuque; demi-once de poivre cubèbe en deux fois dans la journée; bain de pieds; le quart d'alimens.

Cette maladie est d'une telle gravité, elle se termine si souvent par la perte de l'œil, qu'il nous a paru nécessaire de faire ressortir le peu de valeur de cette prescription: elle n'est pas, il faut le dire, au niveau de la thérapeutique moderne; les règles suivantes sont généralement suivies dans le traitement de cette maladie redoutable.

1° Excision sur-le-champ de la conjonctive boursoufflée, et cautérisation immédiate de la surface interne des paupières à l'aide d'un crayon de nitrate d'argent.

2° Saignée du bras plus ou moins large et répétée suivant l'exigence des circonstances.

3° Purgation répétée à l'aide de quelques pilules de calomel et de rhubarbe, suivies de quelques verres d'eau de Sedlitz.

Pr.	Calomel préparé à la vapeur,	36 grains.
	Rhubarbe en poudre,	id.
	M. f. s. l'a. pill. 6.	

Le malade prendra de demi-heure en demi-heure une des pilules ci-dessus, et boira un demi-verre ou un verre d'eau de Sedlitz, un quart-d'heure après chaque pilule. On continuera jusqu'à purgation.

4° Lotions très-fréquentes de la région malade avec le collyre suivant:

Pr.	Deuto-chlorure de mercure.	4 grains.
	Eau distillée de laitue,	4 onc. Dissolv.
Ajoutez:	Mucilage de semences de coing,	2 gros.
	Laudanum de Rousseau,	2 gros.

Après chaque lotion on couvrira les paupières avec une compresse trempée dans le même collyre.

5° Diète; boissons délayantes.

Boyer et l'expérience journalière nous ont appris que le vésicatoire à la nuque est plutôt nuisible dans la période aiguë des ophthalmies, et que le poivre cubèbe est presque inerte dans des cas aussi graves.

Phthisie pupillaire et synéchie postérieure. Traitement négatif.

Au n° 25 de la même salle, est couché le nommé Latillè (François), maçon, âgé de trente-quatre ans, pour y être traité d'une cécité. Il y a un an, il avait été opéré d'une cataracte de l'œil droit par M. Roux. L'opération réussit, mais le malade voit à peine: la pupille est irrégulièrement dilatée, et sa circonférence semble adhérer en arrière. L'autre œil, le gauche, est aussi aujourd'hui atteint de cécité: c'est pour ce côté que le malade vient principalement réclamer les secours de l'art; il offre les conditions suivantes:

1° Pupille à l'état phthisique, c'est-à-dire fortement resserrée et immobile.

2° Adhérence du bord pupillaire à la capsule cristalline (synéchie postérieure).

3° Ouverture de la prunelle obstruée par une fausse membrane, due probablement à une iritis dont on trouve encore quelques traces.

4° Cornée diaphane, conjonctive à l'état normal.

5° Rétine encore sensible (1).

Prescription. Sortie du malade; il n'y a rien à faire. — Une pareille sentence, dans un cas où la nature et l'art offrent encore quelque ressource, nous afflige sincèrement; car l'intérêt des malade est ce que nous avons de plus cher avant tout; vient l'instruction des élèves ensuite. Sans doute il n'y avait rien à faire pour l'œil droit, déjà opéré l'année dernière; mais il resterait beaucoup à faire pour le gauche; d'autant plus que c'est le seul organe sur lequel il peut aujourd'hui compter. Attaquer directement la phthisie pupillaire à l'aide d'une dissection soignée avec la petite spatule tranchante de Forlenze, et enlever ensuite le corps opaque qui est derrière elle; ou bien percer une pupille nouvelle à l'aide d'un des procédés connus, telles sont les

---

(1) La rétine peut percevoir encore la lumière, l'ouverture pupillaire étant fermée, les paupières closes.



deux ressources que l'art offre en pareille circonstance. C'est au chirurgien à opter suivant son expérience et les circonstances de la maladie. Nous regrettons que le chirurgien qui en général, ne manque pas de courage quand il s'agit d'opérer, ait regardé ce cas comme tout à fait au-dessus de la puissance de la chirurgie.

Maladie testiculaire. Ablation de l'organe.

Au n° 11 de la même salle est couché Biziot (Louis), journalier, âgé de 26 ans, bonne constitution, tempérament sanguin, habituellement bien portant, offrant une tumeur dans les bourses. Il y a quatre ans, sans cause appréciable, le testicule gauche augmenta un peu de volume; cet état fut progressif, mais toujours sans douleur, au point que le sujet n'a pas discontinué de travailler jusqu'à la veille de son entrée à l'hôpital. La tumeur offrant de la fluctuation, avait été ponctionnée une fois en ville; il en était sorti une certaine quantité de liquide, mais le testicule parut alors former à lui seul une partie de la tumeur; celle-ci reprit bientôt son ancien volume, et continua à être progressive et indolente.

A l'entrée du malade, la tumeur offre le volume d'un gros poing d'homme adulte; elle semble formée principalement par la glande séminale et par son satellite. l'épididyme, elle est entourée de liquide, est indolente au toucher, c'est-à-dire le cordon et les ganglions de l'aîne s'offrent à l'état normal. M. Roux diagnostique un cancer occulte, et vite ampute le testicule.

Une trentaine de curieux attendaient la dissection de la pièce pour voir s'il ne s'agissait pas d'une simple hypertrophie de l'organe; elle a été remise au lendemain. Heureusement, la dissection a montré, le lendemain, que le tissu testiculaire était en voie de dégénérescence maligne, et que l'opération était très-bien indiquée.

— Il fut un temps où la prérogative d'enlever les testicules sains avait été léguée aux guérisseurs des hernies. Un certain charlatan célèbre dont parle Dionis, nourrissait son chien uniquement des testicules humains qu'il amputait tous les jours à Paris pour la guérison des hernies. Plus tard c'est à quelques chirurgiens militaires qu'on adressa le reproche de couper des testicules sains, ou du moins qui auraient pu guérir sans opération. Ce sont là de vieilles histoires; les lumières chirurgicales du dix-neuvième siècle ont percé jusque dans les hameaux les plus excentriques, et lorsqu'il y a du doute sur la nature de la maladie, il n'y a pas un seul praticien aujourd'hui qui ose enlever un organe aussi précieux sans s'assurer d'abord que l'emploi des remèdes résolutifs soit réellement inutile.

M. Dubreuil vient de publier plusieurs cas de cette espèce où l'opération avait été jugée indispensable et qu'il a pourtant guéri à l'aide des applications et frictions de pommade mercurielle à haute dose (2 gros le matin et autant le soir). Cette précaution est d'autant plus nécessaire, que le diagnostic des tumeurs glandaires a souvent offert des exemples d'erreurs fâcheuses de diagnostic. N'avons-nous pas rapporté l'exemple d'une mamelle saine qui venait d'être amputée dans la supposition qu'elle était malade?

N° 138. — 10 NOV.

Epidémie de fièvres typhoïdes dans Brignoles et ses environs (département du Var); par M. le docteur Piffard.

(Suite du numéro 136.)

Le 10 août 1836, je fus prié par le concierge de la prison de notre ville, de visiter un individu qui y était retenu depuis environ un mois. Cet homme, âgé d'environ 30 ans, d'une corpulence athlétique, se plaignait d'une vive céphalalgie, d'insomnie et d'inappétence depuis quelques jours. Sans l'examiner plus attentivement dans ce lieu, je donnai l'ordre de le conduire à l'hospice dans le courant de la journée.

Le 11, à la visite du matin, je trouvai le malade dans la salle destinée aux prisonniers, salle, du reste, fort bien aérée par une grande croisée donnant sur un vaste jardin de l'établissement. Il y était seul. La face était extrêmement rouge; il me dit être habituellement très-coloré; la conjonctive un peu injectée, céphalalgie moins intense que la veille, un peu de chaleur à la peau, pouls développé et peu fréquent; langue blanche à sa base, rouge à sa pointe; pas d'appétit; bouche mauvaise, soif; épigastre un peu douloureux à la pression, abdomen souple; pas de selles depuis quelques jours; urines assez abondantes. La percussion et l'auscultation ne présentent rien d'anormal. Pédiluve sinapisé, limonade, diète, lavement émollient.

J'appris ensuite du concierge que cet individu, naguère fort gai, était devenu depuis peu taciturne. J'attribuai dès-lors cette indisposition autant à sa nouvelle position, qu'au chagrin de ne pas recevoir des nouvelles de sa femme et de son enfant. Cette dernière pensée l'occupait, je puis même dire d'une manière exclusive; aussi répondait-il avec la plus grande indifférence à toutes mes questions.

Le 12, en arrivant à l'hôpital, la sœur me dit que notre malade, depuis la pointe du jour, ne cessait de faire un tapage infernal, demandant constamment qu'on le laissât sortir, et refusant tout ce qui lui était présenté. Etant monté dans la chambre seulement accompagné de la sœur, je trouvai le malade levé, tout habillé, se promenant à grands pas, la face vultueuse, l'œil égaré. Je lui demandai comment il se trouvait; très-bien, me répondit-il, et je vais m'en aller. En vain, par toutes sortes de paroles, je cherchais à le faire raisonner, sa réponse était constamment celle-ci: je suis libre, et je veux m'en aller. En même temps il se dirigeait vers la porte. Ne pouvant rien gagner sur cet individu, je me retirai, recommandant à la sœur d'éloigner tout ce qui pourrait le contrarier. L'après-midi je le trouvai dans le même état.

La présence de sa femme, arrivée dans la nuit, sembla calmer cette folie passagère.

Le 13 au matin je le trouvai couché, la face toujours très-colorée, la conjonctive injectée, accusant une vive céphalalgie ; le pouls fort et fréquent, la peau chaude, la langue un peu rouge à sa pointe et sur ses bords ; la soif vive, l'épigastre douloureux, pas de selles.

Une large saignée fut pratiquée, limonade, cataplasmes émoll. sur l'epigastre, lav. émoll., diète sévère.

L'après-midi je trouvai un peu d'amélioration.

Le 14, la céphalalgie était peu sensible ; l'épigastre continuait à être très-douloureux. Vingt sangsues furent appliquées sur cette région.

Le 15, ayant accusé encore un peu de céphalalgie, vingt sangsues furent de nouveau appliquées aux apophyses mastoïdes.

L'après-midi le malade me témoigna la plus grande satisfaction du bien-être dans lequel il se trouvait; il caressait avec plaisir son petit enfant encore au maillot.

Cette amélioration persista jusqu'au 18. Ce jour-là le malade se plaignit d'une toux qui l'avait fatigué toute la nuit. A la visite du soir le malade éprouvait de la difficulté à respirer, de l'anxiété ; le pouls donnait 92 pulsations ; expectoration peu abondante ; crachats nullement sanglans. Ayant percuté la poitrine, j'obtins à droite, sous le mamelon, un son mat, et dans ce point la respiration y était nulle. Ayant interrogé la femme sur les imprudences qu'aurait pu commettre son mari, j'appris que celui-ci n'avait jamais voulu une seule fois aller à la selle sans descendre de son lit tout en chemise ; et l'on avait plusieurs fois oublié de fermer la croisée.

Un moment je fus sur le point de pratiquer de nouveau la saignée ; toutefois je m'en abstins en considérant les cas nombreux de fièvre typhoïde que j'avais par devant moi. Un large vésicatoire fut appliqué sur le côté droit, qui calma rapidement la dyspnée et la toux. La résolution paraissait s'opérer, lorsque je m'aperçus que le malade était assez souvent assoupi.

Enfin, le 22 cet assoupissement était profond ; le malade répondait avec peine et lentement à toutes les questions que je lui adressais, reconnaissait à peine sa femme ; les paupières à demi closes, les lèvres entr'ouvertes, sèches, laissaient voir les dents fuligineuses ; la langue, également sèche, noirâtre, pouvait à peine sortir de la bouche ; les selles, d'abord peu fréquentes, le devinrent, alors elles exhalaient une odeur fétide ; le pouls était petit, fréquent. Deux vésicatoires furent appliqués aux jambes. Petit-lait vineux pour tisane ; bouillons ; lavemens avec une décoction de mauve et addition d'une tête de pavôt.

Le 23, il y eut un peu d'amélioration ; mais dans la nuit, le paroxysme fut si violent qu'il ne pouvait y résister.

Le 24, les vésicatoires furent saupoudrés avec 6 grains de sulfate de quinine pour chaque.

Le 25, le paroxysme de la nuit a été fort ; le coma persiste, ainsi que tous les autres symptômes énumérés plus haut. Un large vésicatoire est appliqué sur l'épigastre. Même tisane et mêmes lavemens.

Le 26, paroxysme dans la nuit. Les trois vésicatoires sont saupoudrés avec 24 grains de sulfate de quinine ; petit-lait vineux, lavemens avec la décoction de quinquina ; bouillons.

Le 27, le paroxysme de la nuit a été beaucoup moins fort que les nuits précédentes ; il n'y a eu que quatre selles. Le pouls est toujours petit et fréquent. La langue un peu humide ; des escarres se sont formées au sacrum et aux coudes.

Cet état se prolonge encore quelques jours, avec un peu de paroxysme pendant la nuit.

Le 2 septembre, la langue étant nettoyée, humide un peu d'appétit existant, peu de soif, je prescrivis une soupe légère, bien qu'il y eût encore un peu d'assoupissement, et que le pouls, petit et fréquent, persistât. Les selles étaient encore fréquentes.

Le 3, la soupe n'a point fatigué le malade ; il a passé une fort bonne nuit ; le pouls s'est un peu relevé ; le malade cause avec facilité. J'ordonne deux soupes.

Augmentant ainsi rapidement la quantité des alimens, le malade fut sous peu de jours complétement rétabli. Chose remarquable chez ce malade, bien qu'en pleine convalescence depuis une huitaine de jours, il lui arrivait parfois encore de ne pas avoir toute sa raison. C'est ainsi qu'un jour je fus appelé auprès de lui en toute hâte pour une douleur violente qu'il éprouvait, dit-il, au gland. Ayant examiné cette partie, j'y trouvai un point rouge. Je fis appliquer un cataplasme émollient. Retourné quelques heures après de lui, je m'informai de sa douleur ; il en avait perdu le souvenir. De nouveau interrogé, il me répondit que ce n'était pas lui, mais son voisin. Rendu à la liberté dans les premiers jours d'octobre, je le revis ayant toute sa raison et jouissant de la plus parfaite santé.

Deuxième observation. — Le nommé L., garçon boulanger, âgé de vingt ans, d'une bonne constitution, tomba malade le 25 du mois d'août.

Céphalalgie intense, faciès animé, conjonctive injectée, peau chaude, pouls développé, un peu fréquent ; langue blanchâtre, un peu rouge à sa pointe ; inappétence, peu de soif, épigastre douloureux, quelques selles liquides. Rien d'anormal du côté de la poitrine. Lassitudes générales, pédiluves sinapisés : eau de riz acidulée, lavement émollient ; diète.

26. La céphalalgie continuait d'être intense ; les réponses même du malade n'étaient pas très-exactes. Le pouls était fort et fréquent. Saignée de 16 onces.

27. Les symptômes cérébraux s'amendèrent, la diarrhée persista. Lavement avec tête de pavôt

28. Paroxysme dans la nuit ; délire violent. Le malade s'agite constamment, se découvre à chaque instant ; langue sèche, soif vive, pouls fréquent. Quinze sangsues sur l'épigastre, tisane de riz acidulée ; lavemens anodins.

29. Paroxysme la nuit, un peu moins violent ; coma ; langue sèche, noirâtre, selles fréquentes jaunâtres, très-fétides ; pouls petit, fréquent. Deux vésicatoires

aux jambes, saupoudrés le soir avec la quinine; petit lait vineux; lavemens anodins.

Cet état persiste quelques jours.

2 septembre. Colapsus profond; pouls faible; peau moite; dents fuligineuses; langue noirâtre, sèche; selles fréquentes. Large vésicatoire sur l'épigastre, qui est saupoudré de nouveau avec la quinine; lavemens avec la décoction de quinquina; potion avec quelques gouttes d'acétate d'ammoniaque.

3. Sans cause connue, et au moment où rien ne devait faire craindre une issue funeste, le ventre devint ballonné, d'une sensibilité extrême; le facies décomposé, le pouls d'une faiblesse et d'une petitesse extrême; le malade poussait fréquemment des cris. A ces symptômes, il nous fut facile de reconnaître une perforation de l'intestin au fond d'une ulcération; d'où résultait un épanchement, cause de la péritonite qui enleva le malade dans 24 heures.

Troisième observation. — Dans le courant du mois d'août, je fus appelé auprès d'une petite fille âgée de 12 ans, très-développée pour son âge, et habituée à la fatigue : elle passait toutes les nuits dans les champs à garder un troupeau de brebis.

L'affection pour laquelle on réclama mes soins était un embarras des voies digestives, avec complication de vers intestinaux; à cela se joignait un peu de fièvre, avec paroxysme. Le calomélas d'abord, puis quelques onces de sirop de quinine dissipèrent tous ces accidens, et la malade sortit au bout d'une huitaine de jours.

La convalescence de cet enfant continuait d'être heureuse, lorsque le 28 du mois d'août, après avoir pris le soir un repas assez copieux, elle descendit dans la rue pour y jouer : elle était sans bas, l'air était frais. Bientôt après elle se sentit saisie par le froid. Rentrée chez elle, ce fut en vain que l'on chercha à la réchauffer; au milieu de la nuit seulement la chaleur revint.

La fièvre continua tout le 29. Le soir, il y eut un léger épistaxis; dans la nuit, un peu de redoublement. Appelé le 30 au matin, je trouvai la malade assez tranquille, répondant parfaitement aux questions que je lui adressai; accusant un peu de céphalalgie. Langue un peu chargée; quelques nausées; déglutition facile; épigastre peu douloureux; abdomen souple; plusieurs selles renfermant des ascarides lombricoïdes. Rien du côté de la poitrine. Peu de chaleur à la peau; pouls 90 pulsations régulières. Les urines sont naturelles. Quelques grains de calomélas furent prescrits.

A la visite de l'après-midi, la malade continuait à être tranquille; elle avait rendu encore un ver.

Le soir, à dix heures, je fus appelé pour arrêter une hémorrhagie nasale qui durait depuis une heure au moins. J'évaluai à deux livres la quantité de sang qu'elle en avait perdu. Des pédiluves sinapisés, des cataplasmes sinapisés aux jambes, des compresses froides appliquées sur le front et les tempes arrêtèrent cette hémorrhagie.

Le 31, coma profond, facies pâle, langue sèche, soif vive; abdomen tendu; selles liquides, fréquentes, fétides; pouls petit, fréquent. Deux vésicatoires aux jambes; lavement avec 12 grains de sulfate de quinine et 20 gouttes de laudanum; tisane vineuse, quelques cuillerées de bouillon. Pronostic funeste.

A la visite de l'après-midi, le pouls s'était un peu relevé; assoupissement moindre. Vésicatoires saupoudrés avec la quinine, 6 grains.

Le 1er septembre, la nuit a été assez tranquille. Il y a eu pourtant un peu plus d'intensité dans le mouvement fébrile. Même médication.

Le 2, même état.

Le 3, au matin, je trouvai cet enfant à l'agonie en quelque sorte. Les dents étaient fuligneuses; la langue noire, sèche, fendillée, restant hors de la bouche lorsqu'on la faisait sortir. La malade entendait, mais ne pouvait répondre. Les paupières à demi-fermées, laissaient voir un œil terne. Le pouls était à peine sensible; un peu de rumeur. De suite des sinapismes furent promenés sur le dos des pieds, sur les cuisses; vésicatoire sur l'épigastre.

Sous cette médication, la malade sembla renaître à la vie. Le pouls se releva, et l'œil reprit un peu d'éclat. Des lavemens avec la quinine furent continués; les vésicatoires furent saupoudrés avec ce même médicament; toniques à l'intérieur, tels furent les moyens auxquels on continua d'avoir recours, mais sans succès. La malade s'éteignit le neuvième jour de la rechute.

No 139. — 22 Nov.

HOPITAL DIT DE L'ÉCOLE.

M. Paul Dubois, professeur.

Grossesse. Syphilis. Mercure. Putréfaction de l'enfant dans l'utérus. Accouchement prématuré. Guérison de la mère.

Dans la salle n° 4, est couchée madame V..., âgée de vingt ans, lingère. Elle vient d'accoucher le 15 novembre, à deux heures du matin, d'une fille putréfiée vers l'époque du huitième mois de la grossesse. Depuis quinze jours elle ne sentait plus remuer son enfant, et en se retournant sur les flancs, elle sentait un poids qui tombait du côté correspondant. L'accouchement a été spontané, le délivre naturel. Le travail a duré dix-neuf heures. L'enfant présentait le sommet dans la position occipito-cotyloïdienne gauche.

Dans les derniers temps de la gestation, la femme avait été soumise à un traitement mercuriel à cause d'une éruption syphilitique et d'un écoulement vaginal abondant de même nature, dont elle était atteinte. Elle avait en outre été traitée naguère dans le service de M. Cloquet d'un engorgement au sein.

Les suites des couches ayant été heureuses, la femme est aujourd'hui bien portante.

Trois circonstances rendent cette observation digne de remarque : la mort de l'enfant après la mercurialisation de la mère; la longue persistance du cadavre

fœtal dans le sein de la mère; enfin le rétablissement de la femme sans aucune espèce d'accident.

1° Déjà Fabrice de Hilden, dans sa cinquième centurie, obs. 97, avait agité la question de savoir si l'on pouvait et si l'on devait mercurialiser les femmes enceintes vérolées, et il l'avait décidée affirmativement d'après sa propre expérience. Il cite l'observation d'une femme atteinte de syphilis au deuxième mois de la gestation, et qui était nourrice en même temps. Il la traita par le mercure, et la femme accoucha à terme d'un enfant bien portant. Fabrice ajoute avec raison que son traitement chez cette femme a guéri trois individus à la fois, savoir : la mère, le fœtus et le nourrisson.

Mauriceau ne pouvait pas passer sous silence une si haute question obstétricale. Il l'aborde en effet, et la discute avec toute la profondeur de jugement qu'on lui connaît. Il pense qu'on doit faire passer par les grands remèdes, c'est-à-dire par le mercure, la femme enceinte vérolée; mais il fait observer soigneusement que les frictions mercurielles ne peuvent convenir que dans les premiers temps de la gestation seulement. Après le septième mois, dit-il, la mercurialisation provoque l'avortement. Dans ce dernier cas, Mauriceau conseillait d'attendre l'accouchement et d'employer le mercure ensuite, ce qui réussit également pour la mère et pour l'enfant. Il cite plusieurs faits à l'appui de cette pratique. (*V.* Mauriceau, édit. de 1740, t. Ier. p. 181 et suivantes.)

Les idées qui précèdent ont été adoptées par la plupart des accoucheurs modernes. Quelques particiens cependant n'ont pas hésité d'administrer le mercure à toutes les époques de la gestation, en prenant toutefois les précautions convenables pour empêcher son influence fâcheuse sur la matrice et l'enfant. On l'a donné par très-petites doses, et l'on s'est efforcé de tempérer son action par l'usage des bains et d'autres moyens adoucissans. Voici ce que nous avons eu l'occasion d'observer à ce sujet.

Une femme de la campagne, âgée de trente et quelques années, entra en 1833 à l'Hôtel-Dieu, dans le service de Dupuytren, pour être traitée d'un amblyopie bilatérale. Elle était enceinte de cinq mois, et avait caché sa grossesse dans la fausse crainte d'être renvoyée de l'hôpital. Le commémoratif ayant fait présumer chez cette femme l'existence d'un principe vénérien, Dupuytren ordonna l'usage des pilules mercurielles d'après sa formule. Quelques jours après le commencement de ce traitement, la malade a été saisie dans la nuit de coliques violentes qui amenèrent un fœtus mort. Dupuytren s'indigna avec raison contre la réticence de la malade; il ne l'aurait pas traitée ainsi pour sa cécité s'il avait été instruit de la grossesse. Les suites de l'avortement ont été heureuses. Il est bon d'ajouter que cette femme était déjà mère de plusieurs enfans, et qu'elle n'avait jamais fait de fausse-couche.

Dans la même année, une jeune femme enceinte pour la première fois se présente, vers l'époque du septième mois révolu, à la même clinique, pour être débarrassée de plusieurs masses fongueuses qui encombraient le vagin, et d'un écoulement abondant et fétide des parties, provenant d'une blennorrhagie qu'elle avait contractée dans le coït. La femme était bien portante du reste, mais sa constitution était délicate. Dupuytren considérant que ces végétations auraient pu mettre obstacle à l'accouchemnet, se détermina à les exciser; il employa à cet effet des érignes, des pinces, des spéculum, des bistouris boutonnés et de longs ciseaux. Enfin il vint à bout, non sans peine, à enlever les groupes les plus considérables de ces excroissances. Le siége profond de la maladie avait rendu l'opération très-difficile. Il s'écoula beaucoup de sang provenant des plaies d'abord; puis il se déclara une hémorrhagie effrayante qu'on jugea venir de l'utérus. La position horizontale du tronc, l'élévation et l'inclinaison en arrière du pelvis, les applications froides aux aines et à l'hypogastre, le tamponnement enfin, suffirent à peine pendant trois jours à conjurer l'orage. Le sang avait coulé abondamment, et la femme resta pâle et faible, mais aucun signe d'accouchement ne se déclara pendant ce temps; il y a même lieu de douter si le sang avait eu sa source dans la matrice ou dans le vagin. En attendant, la femme se rétablit, les plaies supparèrent, mais l'écoulement blanc du vagin continua comme auparavant

Dupuytren la mit alors à l'usage des pilules mercurielles, dans le double but de tarir l'écoulement qui l'affaiblissait, et de dissiper le reste des végétations. La femme touchait déjà à son huitième mois, à peine ce traitement eut-il été suivi pendant une semaine, que des douleurs utérines se déclarèrent, et elle accoucha d'un enfant vivant, mais faible.

Ce fait n'est pas, il est vrai, aussi concluant que le précédent concernant l'action du mercure, mais si l'on veut le rapprocher de celui de la femme qui vient d'accoucher à la clinique obstétricale, et surtout si l'on veut tenir compte des cas analogues cités par Mauriceau et par d'autres auteurs, on sera obligé de convenir que la pratique recommandée par cet auteur, de ne point administrer le mercure dans les derniers temps de la gestation, est très-sage, et qu'elle ne doit point être oubliée. Cette pratique paraît d'autant plus convenable que la spécificité antisyphilitique du mercure est mise en cause aujourd'hui par des observateurs compétens.

2° Le long séjour du cadavre de l'enfant dans l'utérus vivant est un fait constaté depuis longtemps, et pourtant non moins digne de la méditation des praticiens.

« Il y a environ douze ans, dit Mauriceau, que j'accouchai une femme qui était à terme, à laquelle je tirai par les pieds une fort grosse fille vivante, qui s'était présentée en cette mauvaise posture, après quoi la voulant délivrer, j'emmenai avec l'arrière-faix un autre enfant, qui était un garçon mort, et deux fois plus petit que cette première fille, lequel ne paraissait pas, à sa grosseur, avoir plus de quatre à cinq mois, quoique ces deux enfans eussent été engendrés ensemble en un seul et même coït, comme il se reconnaissait, en ce qu'il n'y avait pour tous deux qu'un seul et même délivre; ce qui en est la véritable marque, ainsi que nous

avons dit; et ce deuxième enfant était si petit que je le tirai d'un coup avec l'arrière-faix, et encore enveloppé de ses membranes que j'ouvris aussitôt pour voir s'il était vivant, mais il était mort il y avait bien longtemps, ainsi qu'il me parut par sa *corruption.* » (Ouv. cité, page 108.)

On serait peut-être étonné de voir que le fœtus renfermé dans les membranes de l'œuf, puisse se putréfier sans l'intervention de l'air atmosphérique, si l'on ne savait pas aujourd'hui qu'il y a de l'air dans l'eau de l'amnios, et qu'après la mort de l'enfant il s'en développe davantage spontanément dans l'utérus même. Le fait de Mauriceau démontre néanmoins que la décomposition est beaucoup moins lente tant que l'enfant est renfermé dans l'utérus et que les membranes de l'œuf ne sont pas rompues. Il ne faut pas oublier enfin qu'il y a une immense différence entre la mortification et la putréfaction animale.

Pourquoi maintenant l'utérus ne se débarrasse-t-il pas de suite de son produit, alors que celui-ci a déjà succombé à une maladie quelconque, et qu'aucun obstacle matériel d'ailleurs ne s'oppose à son expulsion? Bien qu'il ne soit pas facile de répondre péremptoirement à cette question, il n'est peut-être pas déraisonnable d'admettre que la circulation utéro-placentaire peut persister, bien que la circulation placento-fœtale ait cessé depuis la mort de l'enfant; aussi, quoique le cadavre du fœtus soit alors un véritable corps étranger, il peut continuer à demeurer impunément dans l'utérus comme une balle, un projectile quelconque renfermé dans un kyste insolite.

Ce qu'il importe, en attendant, de faire remarquer sous le rapport clinique, c'est l'ensemble des signes indicateurs de la mort du fœtus. Indépendamment du commémoratif plus ou moins présomptif, qui d'ailleurs peut varier considérablement suivant une foule de circonstances, indépendamment aussi d'un certain malaise inexplicable que la femme éprouve dans ces circonstances (Mauriceau), l'absence absolue des mouvemens habituels de l'enfant, le sentiment de ballottement passif que la femme éprouve dans l'uterus pendant les différens mouvemens de son tronc, le résultat négatif de l'auscultation utérine, l'affaissement enfin du ventre et des mamelles, telles sont les données principales sur lesquelles on base ordinairement le diagnostic dont il s'agit.

Plusieurs de ces signes existaient chez la femme dont nous venons de rapporter l'histoire.

3° L'observation la plus consolante enfin dans ces sortes d'événemens, c'est que les suites de l'accouchement ne sont pas plus dangereuses que dans les cas normaux ordinaires. D'où l'on peut déduire qu'à moins d'indications urgentes, il faut encore ici attendre que la nature se débarrasse d'elle-même du produit cadavérique de la conception.

N° 141. — 26 Nov.

HOPITAUX DE PARIS.

Traitement du prolapsus utérin.

Jusqu'à ces derniers temps le prolapsus utérin n'était pas autrement traité dans nos hôpitaux, et même en ville, que par des moyens palliatifs. Les pessaires de différentes formes et nature étaient ce que la chirurgie opposait de plus énergique à cette infirmité. L'expérience cependant ayant démontré des inconvéniens graves par l'usage de ces moyens, plusieurs praticiens observateurs y avaient renoncé, se contentant d'ordonner à leur place le repos prolongé au lit et l'usage des bains froids en été.

Tout pessaire, en effet, quelle que soit sa bonté d'ailleurs, élargit par sa présence le vagin; l'écoulement qu'il provoque relâche tellement les tissus de ce canal que la matrice ne trouve plus d'appui dans le bassin. Le soutien principal de l'utérus c'est le vagin, comme on sait, qui, dans l'état normal, fait l'office d'une colonne creuse sur laquelle appuie l'organe gestateur; et le vagin lui-même est renforcé à son tour par la résistance du plancher périnéal qu'il traverse. Lorsque par conséquent toutes ces parties sont relâchées (et elles le sont toujours dans la descente en question), l'usage du pessaire ne peut qu'agir dans le sens même de la cause de l'infirmité.

En prescrivant le repos au lit et les applications appropriées à l'état des parties suivant les circonstances, M. Lisfranc et d'autres praticiens sont parvenus à améliorer l'état de la femme par la tonicité consécutive de la paroi périnéale et du canal vulvo-utérin. Dans quelques hôpitaux pourtant, et aux consultations du bureau central, l'usage routinier des pessaires n'a pas été abandonné.

C'était là la pratique suivie dans les hôpitaux jusqu'à ces derniers temps, lorsque l'idée de resserrer, ou même d'oblitérer artificiellement le vagin, surgit. Cette conception frappait très-exactement sur l'indication que nous venons d'exposer. Bien qu'on ait cependant obtenu à l'étranger quelques succès par la méthode dont il s'agit, les essais faits dans les hôpitaux de Paris sont loin d'être encourageans. Quelques personnes se sont hâtées d'abord de proclamer des guérisons comme réelles, alors que l'amélioration n'était qu'éphémère: on s'est empressé d'écrire à l'académie, de faire des annonces ou des articles dans les journaux; quelques mois ont suffi pour régler les choses à leur juste valeur. Aujourd'hui la méthode en question n'est plus mentionnée chez nous que comme l'opération de l'ablation totale de la matrice. Citons un seul fait, dont le sujet est encore sous les yeux de quelques élèves

Au n° 1 de la salle Saint-Jean de l'Hôtel-Dieu est couchée Angélique Dantos, âgée de 50 ans, affectée de procidence complète de la matrice et de renversement du vagin. Ces deux organes forment entre les cuisses une

tumeur du volume de la tête d'un enfant à terme, ulcérée sur plusieurs points et arrosée continuellement d'un écoulement fétide. Elle est depuis plusieurs mois à l'hôpital. Dans le courant du mois d'août dernier, M. Roux a cousu la vulve à cette malade après avoir réduit les parties et rafraîchi les bords des grandes lèvres. L'opération a été très-douloureuse et malheureusement aussi d'aucun avantage, car la réunion ne s'étant point opérée, les organes se sont déplacés comme auparavant. La malade n'est actuellement retenue à l'hôpital que par des escarres de décubitus. Il en a été de même d'une autre femme, qui a été tout récemment opérée à Paris par M. Fricke lui-même, et dont on a déjà rendu compte dans ce journal.

La non-réussite de l'opération, ou plutôt la difficulté de la réunion des tissus de la vulve paraît tenir à des raisons d'organisation qu'il est inutile de développer ici. Un médecin étranger cependant a suivi une autre idée dans le resserrement artificiel du vagin, et il paraît avoir réussi. M. Bellini, chirurgien à Ferrare, a pratiqué sur un côté du vagin renversé une suite de points de suture de manière à décrire une sorte de U renversé, et sous forme de coulisse. En serrant les deux chefs de cette coulisse, il a étranglé graduellement la portion correspondante de la muqueuse et de la membrane propre du vagin: la mortification et la chute consécutive de cette portion du canal ont occasionné le resserrement du vagin et par conséquent la guérison de la descente. Les faits cependant manquent jusqu'à ce jour pour juger convenablement cette méthode, et surtout pour apprécier les accidens que peut entraîner une pareille manœuvre.

D'après ces antécédens, la majorité des praticiens serait probablement disposée à revenir à l'usage des pessaires. Nous le répétons, ces instrumens, quelles qu'en soient la forme et la composition, contribuent à dilater et à relâcher davantage le vagin, et par conséquent à augmenter la descente elle-même. Leur usage, d'ailleurs, provoque des flueurs blanches abondantes qui affaiblissent la femme, ulcère les tissus avec lesquels ils se trouvent en rapport, etc.

L'invention du docteur Aunau, d'Amérique, arrive bien à propose chez nous pour le traitement de la descente utérine. Ce médecin traite cette infirmité en comprimant d'une manière permanente le plancher périnéal et la commissure postérieure de la vulve, et la guérison radicale a lieu à la longue. Il se sert d'une machine analogue à un bandage herniaire; elle est composée d'un ressort circulaire qui embrasse le bassin comme le brayer; antérieurement, vers le pubis, elle porte une tige descendante courbe, dont l'extrémité est garnie d'une pelotte qui s'applique au périnée. Cette tige doit être très-courbe, afin qu'elle reste éloignée du contact et du frottement de la vulve. La pelotte doit être bien garnie et plus ou moins épaisse; elle comprime au degré désiré à l'aide d'un écrou qu'elle porte. La femme ne se sert de cet appareil que comme d'un bandage herniaire, c'est-à-dire pendant le jour seulement.

D'après les recherches de M. Aunau, cette seule compression empêche la matrice de redescendre, en conséquence de l'appui qu'elle procure au vagin et à la paroi périnéale. Ces parties se fortifient à la longue, le vagin se resserre, surtout si l'on fait en même temps usage de quelques lotions appropriées. Cette méthode nouvelle ne compte encore que peu de faits, il est vrai, mais tous heureux et encourageans; les principes sur lesquels elle est basée paraissent si rationnels, si simples et si innocens d'ailleurs, que nous nous faisons un devoir d'engager nos confrères à l'essayer et à en faire connaître les résultats.

ÉCOLE PRATIQUE.

Cours public d'ophthalmologie de M. Rognetta.

Lésions traumatiques et brûlures de la région oculaire.

(Suite du numéro 133.)

(*d*). *Apoplexie oculaire.* (*Hypohema, hématophthalme.*) Du sang peut s'épancher en quantité plus ou moins considérable dans les chambres de l'organe, entre les lames de la cornée, dans le tissu sous-conjonctival de la sclérotique, ou bien dans toutes ces parties à la fois. Rien n'est plus ordinaire que l'observation de ce phénomène à l'occasion des blessures immédiates de l'œil et de l'opération de la pupille artificielle. Le sang s'épanche aussi assez facilement à la suite des commotions oculaires ou bien spontanément, par l'action des causes qui activent la circulation chez des sujets prédisposés aux hémorrhagies internes. Nous venons déjà de voir un exemple d'apoplexie oculaire dans l'observation précédente : en voici d'autres.

A la suite d'une rixe dans un cabaret, près de l'Hôtel-Dieu, un homme reçut un coup de bouteille dans les environs de l'œil ; il perdit à l'instant la faculté de voir, et entra à la clinique de Dupuytren le lendemain. J'ai constaté que l'œil était rempli de sang, la cornée paraissait opaque, rouge et distendue ; l'organe était insensible à la lumière, l'iris ni la pupille ne pouvaient être distingués ; le malade accusait des douleurs lancinantes. Saignée du bras, repos, bandeau sur l'œil.

Deux jours après, la chambre antérieure était moins bombée, la cornée moins opaque, les douleurs moins vives. La photophobie que le malade éprouve à cette heure fait présumer que la rétine n'est point paralysée. Le malade ayant dû quitter l'hôpital avant la guérison je n'ai pu suivre la marche de la résorption.

Dans un cas analogue, un célèbre chirurgien militaire a ouvert la cornée pour débarrasser la chambre antérieure du sang qu'elle contenait. Je crois que cela n'est jamais nécessaire, à moins de circonstances extraordinaires. Le traitement résolutif (saignées, repos, eau fraîche), suffit constamment dans ces circonstances.

Une malade de la clinique de Boyer, dont j'ai publié l'observation, offrait un cas d'apoplexie oculaire survenue spontanément à la suite d'une colère. La guérison a eu lieu par le traitement résolutif. Chez un jeune

homme dont parle Bell, l'apoplexie oculaire arriva pendant une course forcée ; le sang fut résorbé en quinze jours ; la vision n'avait point été abolie ; mais le mal récidiva un très-grand nombre de fois par la suite à l'occasion de quelque exercice gymnastique, du rire immodéré, d'une conversation animée, d'un excès dans la boisson, etc. Enfin l'épanchement est revenu périodiquement tous les mois ou tous les quinze jours sans cause appréciable. La rétine avait commencé à s'affaiblir par la suite, et le malade souffrait des élancemens atroces à chaque récidive. Les saignées répétées, le repos et le régime sévère, ont amendé le mal, mais il est douteux qu'il ne se sera pas terminé par la perte complète de l'organe visuel.

3° *Plaies extrà-orbitaires*. Dès la plus haute antiquité, les plaies des environs de l'orbite ont attiré l'attention des hommes de l'art. Dans son livre de *Coacis prænot.*, Hippocrate nous a tracé nettement son opinion sur les conséquences possibles de ces lésions : « Visus obscuratur, dit-il ; in vulneribus supercilii et paulo altatis. Prout autem vulnus recentius est maxime vident : cicatrice vero diutius tardante ac senescente magis obscurari contengit. » Platner (*de vulneribus supercilii*) et une foule d'autres auteurs modernes, ont pleinement confirmé cette observation. Aussi n'est-ce pas sans raison que les plaies en question sont étudiées de nos jours avec une attention si sérieuse.

A. *Simples*. Lorsqu'elles sont simples, les plaies périorbitaires méritent à peine une mention détaillée ; il suffit des les absterger, de les laver avec de l'eau et du vin, de les réunir dans tous les cas par première intention, de les couvrir d'un morceau de taffetas et d'un bandage approprié qu'on humectera souvent l'eau fraîche, pour que leur cicatrisation s'opère sans accidens. La guérison de ces solutions est souvent suivie d'un certain œdème de la paupière qu'on dissipe aisément à l'aide de quelques lotions astringentes (eau de rose, etc.) Il ne faut pas pourtant oublier que, comme celles du crâne, les plaies en question méritent en général d'être surveillées, à cause de leur apparence de simplicité trompeuse.

On a donné pour précepte dans la réunion de ces blessures, de tirer toujours la peau des parties environnantes de l'orbite, et de tenir fermées les paupières à l'aide d'une compresse et d'une bande, afin de prévenir l'extroversion (ectropion, lagophthalme). Ce précepte est sans doute bon, en général, mais on se tromperait fort si l'on croyait qu'une pareille précaution suffit dans les plaies suppurantes et avec perte de substance. Quoi qu'on fasse dans ce cas, le tissu inodulaire consécutif ne manquera pas de renverser la paupière si sa force rétractile est supérieure à la résistance de ce voile membraneux. Nous reviendrons sur ce sujet à l'occasion de la restauration des paupières.

Un précepte d'une utilité plus positive est relatif aux moyens d'union de ces sortes de plaie. La peau est tellement fine, sensible et vulnérable, chez certains sujets, qu'il suffit du contact des bandelettes de dyachilon pour provoquer un érysipèle. Mieux vaut donc employer pour ces réunions le taffetas que quelques pharmaciens de Paris préparent en grandes pièces, ou bien l'onguent de styrax étalé sur toile, qui est aussi collant. La suture sèche cependant n'est pas toujours suffisante dans les lésions en question.

Une plaie des paupières peut être simple et exiger pourtant une attention particulière dans le pansement. Lorsqu'une arme tranchante divise, soit transversalement, soit verticalement, une paupière, la suture sanglante est le plus souvent indispensable pour la réunion exacte. Il en est de même dans la coupure du tendon du muscle orbiculaire et dans celle de l'angle palpébral externe. On avait prétendu que les plaies transversales pouvaient être affrontées avec des bandelettes seulement. Ce moyen est insuffisant si la lésion est profonde. Un individu qui avait été traité de la sorte portait à la paupière supérieure une espèce de boutonnière horizontale dans laquelle on voyait la conjonctive boursouflée et fongueuse (Lawrence). On peut, à l'exemple de M. Diffenbach, se servir de petites épingles fines (épingles des entomologistes) qu'on laisse en permanence pendant vingt-quatre heures ; ou bien d'une suture à points séparés à l'aide d'une aiguille fine chirurgicale, ou d'une grosse aiguille de tailleur.

Les plaies verticales qui fendent le bord libre de la paupière, prennent la forme d'un bec-de-lièvre si elles sont abandonnées à elles-mêmes. C'est ce qu'on a appelé *coloboma* palpébral. Il va sans dire que si les deux côtés de la plaie sont cicatrisés séparément, il faut les rafraîchir à l'aide de deux coups de ciseaux avant de les affronter au moyen d'une suture. Dupuytren réunissait le coloboma récent en attachant un fil de soie aux cils de chaque côté de la plaie, et en les nouant ensemble.

Par ce mécanisme ingénieux, la réunion est complète et exacte. Les fils ne doivent pas rester plus d'un jour en place, sans quoi les cils s'enflamment à leur racine et tombent. On conçoit cependant que ce procédé n'est pas toujours exécutable. Les petites épingles des entomologistes servent ici parfaitement dans tous les cas, si l'on a la précaution d'affronter très-exactement le bord libre en plaçant la première épingle le plus bas possible sans percer le fibro-cartilage.

N° 142. — 29 Nov.

HOPITAL DE LA PITIÉ.—M. Lisfranc.

Tumeur érectile dégénérée presque en totalité en cancer encéphaloïde, siégeant sur la région temporale gauche, et envoyant des prolongemens jusque dans la fosse zygomatique. Consultation médico-chirurgicale. Mort avec des symptômes cérébraux remarquables, survenus seulement dans les derniers jours de la vie. Autopsie. Tumeur de même nature dans la boîte du crâne, indépendante de l'autre, et épanchement sanguin qui comprimaient le cerveau. (Pièces présentées à l'Académie de médecine, séance du 22 novembre). Par M. Laborie, interne.

Le 28 août 1836, est entrée, salle Saint-Augustin, n° 28, une jeune fille nommée Vannier (Delphine),

âgée de dix-huit ans. Voici l'histoire de cette malade : après une enfance heureuse, elle fut réglée à l'âge de douze ans ; et depuis lors toujours la menstruation s'effectua normalement.

La santé était parfaite, lorsqu'il y a dix mois environ, elle s'aperçut de la présence d'une petite tumeur grosse comme un haricot, et à peu près de cette forme, située au-dessus de l'oreille, dans la région temporale ; elle s'était développée au milieu des cheveux, et avait existé jusqu'à cette époque sans attirer l'attention. Si nous en croyons la malade, la petite tumeur était dure et mobile, sans adhérence à la peau, se laissant facilement déplacer avec les doigts. Pendant trois semaines cette tumeur resta stationnaire, puis elle s'accrut d'une manière continue et presque sensible. Ce fut alors qu'un chirurgien du pays y donna un coup de lancette qui ne fit sortir que du sang. Quelque temps après, M. Flaubert, de Rouen, consulté, pensa qu'il n'y avait pas lieu de pratiquer une opération.

Au commencement d'août, les parens de cette jeune fille l'amenèrent à Paris ; et plusieurs chirurgiens qui la virent conseillèrent une nouvelle ponction pour éclairer le diagnostic, qu'il semblait très-difficile d'établir. On n'en fit rien. Le mal empirait ; on se décida à remettre la malade entre les mains de M. Lisfranc.

Etat de la malade lors de son entrée. — C'est une jeune fille fraîche, d'un caractère gai, riant ; elle est d'un embonpoint ordinaire, parfaitement bien conformée, ne présentant aucun symptôme de lésion fonctionnelle quelconque.

Aspect de la tumeur. — Voici sa mesure : un lien partant du petit angle de l'œil, et se rendant à la partie la plus postérieure de la tumeur, qui répond à la suture occipito-temporale, donne une longueur de huit pouces six lignes. Un autre lien la mesurant de haut en bas, en prenant les points de départ qui suivent pour le haut, un pouce au-dessus de la suture pariéto-temporale, et pour le bas, à l'angle de la mâchoire inférieure (car l'oreille, déplacée par la tumeur, se trouve un peu couchée sur sa partie inférieure), donne neuf pouces six lignes ; et enfin, dans le point le plus saillant, on trouve deux pouces dix lignes d'élévation.

La tumeur est en grande partie recouverte par le cuir chevelu, qui, fortement distendu, présente des cheveux très-éloignés les uns des autres. En aucun point la peau n'est rouge ; seulement on y remarque des veines très-développées, et qui forment un réseau bleuâtre très-prononcé. Vers sa partie la plus déclive, la tumeur est plus saillante qu'aux autres points. Du reste on ne remarque pas d'autres inégalités.

Le toucher fait sentir autour de la base un cercle dur que M. Lisfranc croit formé par une induration du tissu cellulaire. A part ce point, tout le reste de la tumeur est mou, et donne une sensation de fluctuation qui, obscure dans les premiers temps, ne tarda pas à devenir manifeste. C'est en vain qu'en introduisant le doigt dans la bouche, on cherche si la tumeur a pénétré dans la fosse zygomatique. La tumeur tiraille les paupières en dehors, ce qui augmente beaucoup l'ouverture palpébrale transversalement On remarque de temps en temps une sorte de tache d'ecchymose sur la muqueuse oculaire, vers le petit angle de l'œil. L'oreille, comme nous l'avons déjà dit, a été déplacée par la tumeur, et ce déplacement est devenu tel, à mesure que la tumeur augmentait, que cet organe finit par être horizontalement couché, et que l'ouïe, intègre d'abord, dut se perdre peu à peu ; et douze jours avant la mort de la malade, il était aboli complétement de ce côté, sans que cette perte ait été accompagnée de douleur.

M. Lisfranc, après que la malade eut séjourné trois semaines, fit une ponction exploratrice : il enfonça avec facilité un trois-quarts dans le sommet de la tumeur, et quand le dard fut retiré, on vit par la canule s'écouler du sang charriant avec lui une matière qui sans aucun doute était de la matière encéphaloïde. Le sang qui s'écoulait était rouge, artériel, et se coagulait de suite, sans former de sérosité dans le bassin qui le recevait. L'extrémité de la canule engagée dans la tumeur, s'y promenait en tous sens avec facilité.

On retira l'instrument, et le sang fut arrêté, non sans qu'on fût obligé d'exercer une légère compression sur la petite plaie.

Après cette ponction, M. Lisfranc put, à son amphithéâtre, diagnostiquer la nature de la tumeur : c'était indubitablement un mélange de tissu érectile et de matière encéphaloïde. Aussi cette malade, dit le professeur, est-elle vouée à une mort certaine, et c'est avec une conviction profonde que je crois la chirurgie impuissante pour combattre une affection de cette nature qui peut avoir altéré les os du crâne, pénétré dans l'intérieur de cette cavité, et surtout aussi avoir envahi la fosse zygomatique. Il ajoute que plusieurs fois il a attaqué des tumeurs volumineuses de la tempe, soit squirrheuses, soit fibreuses, et qu'il les a toujours vu pénétrer dans l'intérieur de la fosse zygomatique. Deux fois il a vidé cette fosse de ses parties molles, et s'est rendu facilement maître des hémorrhagies ; mais l'un des malades a présenté le quatrième jour une inflammation des méninges et du cerveau, et en 24 heures, malgré les traitemens les plus énergiques, il a succombé avec un épanchement considérable de sérosité dans la boîte du crâne ; et l'autre sujet, qui n'avait éprouvé aucun accident jusqu'au vingt-troisième jour, dont la plaie était presque cicatrisée, dont les fonctions cérébrales étaient intègres, a été pris tout à coup à cette époque, de douleurs de tête, d'étourdissemens, avec contracture des membres du côté opposé à la plaie, puis coma et mort enfin trois jours après l'apparition des premiers symptômes, sans qu'aucun moyen eut pu entraver leur marche.

On trouva, à l'autopsie, un ramollissement du cerveau au niveau du rocher qui était légèrement corrodé. Revenons à la malade qui fait le sujet de notre observation.

Elle était toujours bien portante d'ailleurs ; sa constitution ne présentait aucune altération ; un intérêt si vif s'attachait à son sort que M. Lisfranc ne voulut pas à lui seul prendre une détermination, car quelques

chirurgiens pensaient que peut-être encore on pourrait tenter une opération. Il désira devant un jury de médecins et de chirurgiens exposer ses convictions pour les faire approuver ou les abandonner si elles n'étaient pas partagées. Il demanda une consultation au conseil des hôpitaux, à la philantropie duquel on ne s'adresse jamais en vain, et MM. Richerand, Sanson et Blandin, MM. Fouquier et Louis furent convoqués à la Pitié. Il fut décidé qu'on n'opérerait pas.

A peine deux jours s'étaient-ils écoulés que de vives douleurs survinrent. Le caractère de cette jeune fille changea, elle devint inquiète, elle fut prise d'un état de somnolence, qui toujours augmenta; les pulsations du cœur devinrent lentes; la tête s'embarrassa; les idées furent moins nettes, la mémoire moins présente, et cinq jours avant sa mort elle avait fort peu le sentiment de ce qu'elle faisait, de ce qu'elle disait, oubliant même ce qu'elle venait de dire à l'instant; ses phrases étaient sans liaison, et une sorte de coma sans délire l'empêchait de les achever. Elle était inquiète, agitée; elle se levait tout à coup quelquefois, puis retombait comme une masse.

Enfin, le 14, elle tomba dans un état de coma qui persista jusqu'à la mort. Voici ce qu'on remarquait : l'œil droit conservait toujours sa sensibilité, la pupille se contractait vivement sous l'influence de la lumière; du côté gauche, au contraire, la pupille était complétement immobile; elle restait largement dilatée, quoi qu'on fît. Les membres du côté de la tumeur étaient inertes, sensibles cependant; ils retombaient lourdement si on les soulevait. A droite, le pied et la main étaient assez fortement contractés, mais les articulations étaient souples; aussi, dans leur ensemble, les membres présentaient-ils de ce côté la même inertie : ils avaient également conservé leur sensibilité. Les pulsations du cœur étaient lentes, sans énergie; la respiration pénible et s'accompagnant d'un fort râle, résultat de l'accumulation de mucosités dans les grosses bronches. Tous les moyens employés en pareille occurrence n'eurent aucun effet; et le 15, à neuf heures du soir, la malade succomba.

Autopsie le 17 *novembre*, 36 *heures après la mort.*

Aspect du cadavre. — Les articulations se fléchissent facilement. On remarque au sommet de la tumeur une ulcération arrondie, peu étendue, qui est le résultat du coup de trois-quarts qui n'a pu se cicatriser.

Cavité thoracique. — Le cœur est d'un volume ordinaire; nous trouvons seulement une dilatation légère du ventricule gauche. Les deux poumons sont sains; le gauche présente seul un peu d'emphysène inter-lobulaire.

Cavité abdominale. — Aucun des viscères n'est malade.

Cavité crânienne et tumeur. — Avec la scie j'enlève la moitié de la calotte du crâne du côté droit. L'hémisphère droit est ainsi seul mis à nu. Les sinus de la dure-mère sont gorgés de sang, et la pie-mère est vivement injectée. Je fends la dure-mère, et j'enlève tout l'hémisphère droit; dans cette opération, les ventricules latéraux sont ouverts et laissent écouler une cuillerée à bouche de sérosité limpide. Toute la substance cérébrale de ce côté est sablée, mais nullement altérée; il en est de même du cervelet. Pour étudier plus convenablement la tumeur et la partie du cerveau qui lui correspond, on sépare tout à fait le côté gauche du crâne et de la face par un trait de scie qui coupe ainsi la tête en deux parties égales.

Alors l'hémisphère gauche est enlevé avec facilité, et au-dessous de lui, dans la fosse moyenne ou temporale, apparaît une tumeur large de 18 lignes à sa base, faisant une saillie de 2 pouces dans la cavité crânienne. Cette tumeur est située sous la dure-mère, qu'elle a soulevée.

L'hémisphère à la partie moyenne de sa face inférieure, au point qui correspond à la tumeur, présente une grande concavité en demi-croissant dans laquelle elle était reçue. A la partie la plus interne de cette concavité, là où s'arrêtait la tumeur, se trouve un épanchement sanguin considérable, moitié liquide, moitié en caillots; ce sang, qui paraît récemment épanché, vient comprimer le nerf otique du côté gauche avant l'entrecroisement. Cet épanchement paraît venir de la tumeur qui, à son sommet, a perforé la dure-mère dans l'étendue de deux lignes. Malgré cette action immédiate exercée sur lui, cet hémisphère n'est pas plus altéré que l'autre.

Pour mettre la tumeur interne à nu et voir où elle va, on fend la dure-mère : et nous en constatons la nature érecto-encéphaloïde. Cette matière enlevée, on voit que la tumeur reposait sur le temporal uniquement; sur sa face écailleuse et sur le rocher, presque jusqu'au trou déchiré antérieur, les os sont malades, ramollis, et présentent des concrétions osseuses, stalactiformes peu prononcées; mais aucune communication de l'intérieur à l'extérieur.

Examen de la tumeur externe. — Nous la mesurons de nouveau pour apprécier son augmentation. Etendue antéro-postérieure, 9 pouces 6 lignes; étendue verticale, 10 pouces 11 lignes. La circonférence à la base donne 16 pouces.

Une incision dirigée de l'angle externe de l'œil jusqu'en arrière de la tumeur divise la peau qui est facilement disséquée et renversée en haut et en bas en deux valves. En dessous de la peau se trouve l'aponévrose temporale qui, divisée à son tour comme la peau, laisse sortir une masse énorme de matière encéphaloïde mêlée de sang. Au milieu de ce tissu se trouvent des vaisseaux en grand nombre; il existe surtout autour de la masse encéphaloïde un réseau musculaire très-prononcé.

On peut diviser les parois de la tumeur en osseuses et en molles, qui, par leur réunion, concourent à former une cavité ouverte en deux points. Cette aponévrose dans la moitié supérieure, s'attache sur un bourrelet ostéo-catilagineux d'une ligne et demie de hauteur, semblable au bourrelet cotyloïdien pour la forme. Cette production règne dans toute la circonférence supérieure

de la base de la tumeur; dans les autres parties, l'aponévrose s'attache sur l'os de la pommette, sur l'apophyse jugale, et enfin pour compléter le cercle d'insertion sur le temporal et le pariétal en arrière.

Cette aponévrose temporale est fortifiée par des brides qui partent de productions stalactiformes développées en grand nombre sur les os. Les parois osseuses sont formées par le temporal, le pariétal, le coronal, le sphénoïde, l'os malaire. Tous ces os sont altérés comme le temporal; à sa partie interne seulement les productions sont bien plus fortes. Enfin on aperçoit en partie sur l'aponévrose, en partie sur les os, les fibres amoindries, pâles, du muscle crotaphyte.

Les deux ouvertures sont : l'une à la partie postérieure de la base de l'apophyse zygomatique. Par cette ouverture, large de trois lignes, la tumeur a pénétré jusque dans la fosse zygomatique sans altérer les parties molles. On aperçoit en arrière l'extrémité du rocher et la face inférieure de cet os ramollies. L'autre ouverture existe à la partie antérieure; elle file dans la gouttière formée par l'os malaire, le coronal et le sphénoïde, et vient aussi dans la fosse zygomatique; mais dans ce conduit nous ne trouvons qu'une matière purulente.

Toutes les recherches les plus minutieuses ne font découvrir aucune communication avec la tumeur interne. Pour être encore plus certain de la séparation de ces deux tumeurs, par deux traits de scie je divise le foyer interne en trois parties, et l'on n'aperçoit toujours aucun conduit.

Cette dernière préparation a été faite à l'académie sous les yeux d'un grand nombre de membres, qui étaient restés pour assister à la présentation de cette pièce pathologique faite par M. Lisfranc dans la séance du 22 novembre.

Nous finissons en fixant l'attention sur les points les plus remarquables que nous montre cette autopsie.

1° Possibilité d'une compression forte et de longue durée, exercée sur le cerveau, sans déterminer d'accidens, pourvu toutefois que cette compression se fasse graduellement.

2° Trouble manifeste des fonctions intellectuelles pendant les derniers jours de la malade.

3° Paralysie de l'œil gauche, quoique la compression immédiate de ce côté ait eu lieu avant l'entrecroisement.

4° Introduction de la tumeur dans la fosse zygomatique sans qu'elle y ait déterminé d'accidens, malgré le nombre et l'importance des organes contenus, organes mous qui ont été respectés, tandis que les os n'ont pu résister.

5° Singulière coïncidence de ces deux tumeurs qui ne communiquent pas entre elles.

Nous ajouterons enfin qu'il semblerait, d'après plusieurs faits observés par M. Lisfranc, que lorsqu'une tumeur volumineuse siége sur la tempe et se prolonge en avant, elle doit envoyer des prolongemens jusque dans la fosse zygomatique.

GAZETTE MEDICALE
DE PARIS.

NOVEMBRE 1836.

N° 45. — 5 Nov.

Expériences comparatives sur l'emploi thérapeutique de la kréosote et de l'eau de goudron dans le catarrhe pulmonaire chronique et dans la phthisie à divers degrés ; par M. Petrequin, D.-M. P.

Chaque fois qu'un remède nouveau énergique est introduit dans la thérapeutique, une sorte d'enthousiasme saisit une partie du monde médical, et trop souvent on le doue de vertus qu'il n'a pas ; puis tôt ou tard il se fait une réaction d'autant plus intense que l'impression première a été plus profonde, et fréquemment alors on lui refuse des propriétés que réellement il possède. Après toutes ces révolutions de la sicience, le praticien indécis au milieu de tant d'opinions opposées, et ne sachant trop sous quel drapeau se ranger, hésite à employer un moyen qu'à vrai dire il ne peut pas connaître. C'est à cette époque surtout que de nouvelles expériences, faites pour ainsi dire dans le silence des partis, peuvent être avantageuses pour l'art, auquel elles restent acquises. C'est là ce qui arrive, ce semble, pour la kréosote ; l'opinion a besoin d'être plus éclairée sur cet agent thérapeutique; jai pris une partie du problème. Ayant recueilli avec soin nombre d'observations sur l'emploi comparatif de la kréosote et de l'eau de goudron dans différentes maladies de la poitrine, je viens essayer aujourd'hui de jeter, si je puis, quelque lumière sur ce sujet.

§ I. *Emploi de la kréosote.*

On sait que la kréosote, découverte en 1833 par le chimiste allemand Reichenbach de Blansko, dans l'acide pyro-ligneux et dans tous les goudrons, est un liquide huileux, incolore, transparent, d'une odeur empyreumatique très-pénétrante, soluble dans l'eau, l'acide acétique, l'alcool, etc.

Pour étudier ses propriétés avec plus de méthode, et en rendre l'analyse plus complète et plus précise, j'examinerai son action : 1° dans le catarrhe pulmonaire chronique ; 2° dans la phthisie commençante ; et 3° dans la phthisie avancée.

A. *Dans le catarrhe pulmonaire chronique.*

Obs. I. — Une ouvrière en soie, âgée de 42 ans, entra, le 22 octobre 1833, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, avec un catarrhe chronique de deux ans, qu'on traita par la tisane de dattes et de jujubes, les juleps, les pilules de cynoglose, etc.

23 décembre. Deux gouttes de kréosote dissoutes dans 2 onces d'eau bouillante, édulcorées avec une once de sirop de gomme. Voici quel était alors l'état de la malade : toux intense ; dyspnée; expectoration abondante ; points pleurétiques vagues ; douleurs sternales ; râles bronchiques; bouche mauvaise ; anorexie ; vomissemens de glaires dans les efforts de la toux ; diarrhée intermittente; céphalalgie ; peu de sommeil ; apyrexie.

26 décembre. Toux moindre ; dyspnée et expectoration à peu près comme auparavant; soif ; ardeurs intestinales ; inquiétudes la nuit.

29 décembre. Toux; oppression et expectoration moindres ; soif ; bouche sèche ; ardeur dans l'œsophage, l'estomac et les intestins ; elle dit sentir quelque chose *qui lui brûle le ventre.*

1er janvier 1834. La malade, dégoûtée, demande la suppression du remède. L'amélioration du côté du catarrhe persista pendant quelques jours.

Obs. II. — Une ouvrière en soie, âgée de 17 ans, ayant ses règles supprimées depuis huit mois, entra, le 25 novembre 1833, avec un catarrhe chronique et une diarrhée intermittente. Traitement : looch, tisane béchique, vésicatoire au bras, etc.

25 décembre. Deux gouttes de kréosote.

28 décembre. Amélioration du côté de la poitrine ; moins de toux, de dyspnée et d'expectoration ; dégout prononcé ; la tisane a été vomie le 26.

4 janvier 1834. Le mieux continue pour l'expectoration, la dyspnée et surtout la toux ; douleurs thoraciques moindres ; sommeil ; pas de soif ; appétit ; quelques coliques depuis deux jours ; dégoût. On suspend l'emploi de la kréosote à la demande de la malade.

L'amendement se soutient durant quelques jours ; les malaises reparaissent ensuite.

18 janvier. Deux gouttes de kréosote.

25 janvier. La malade tousse presque autant, crache moins, mais est toujours oppressée, surtout le soir. État satisfaisant de l'appétit et de la digestion ; diarrhée intermittente, faiblesse; vomissemens glaireux dans es efforts de la toux, presque tous les jours. La malade demande la suppression du remède, qui n'a pas produit, dans cette seconde administration, l'effet qu'il avait eu lors de la première. Nous reviendrons sur cet essai à l'obs. 17.

Obs. III. — Une femme âgée de 50 ans, privée de ses règles à 42 ans, et malade depuis quatre mois, entra à l'hôpital le 19 janvier 1834, avec un catarrhe chroni-

que, toux fréquente avec douleur sous-sternale, expectoration puriforme, râles muqueux sibilans, sonoréité médiocre du thorax, expansion vésiculaire incomplète, apyrexie.

20 janvier. Potion avec la kréosote.

22 janvier. Malaise augmenté; crachats sanguinolens. Suppression.

24 janvier. Reprise de la kréosote.

26 janvier. Nouvelle irritation; ardeurs dans la poitrine.

28 janvier. Retour des crachats sanguinolens. Suppression.

C'est un phénomène digne de remarque, que cette apparition à deux reprises différentes de crachats sanguinolens. C'est le seul exemple que j'aie recueilli de ce fait.

Obs. IV.— Une domestique, âgée de 29 ans, accouchée depuis 4 mois, et non menstruée depuis cette époque, entra le 3 octobre 1833, avec un catarrhe chronique intense. Tisane et potion pectorales, emplâtre stibié entre les épaules, cautère au bras gauche.

23 décembre. Deux gouttes de kréosote. Voici quel était l'état de la malade : toux forte, simulant parfois la coqueluche; dyspnée; gêne au gosier; expectoration assez facile; râles bronchiques; céphalalgie; peu de sommeil; soif; anorexie; diarrhée sans coliques; plusieurs vomissemens pendant la toux; érysipèle au bras depuis le 20.

25 décembre. Les 24, 25, 27, 28 et 29, la kréosote est vomie.

2 janvier 1834. Après dix doses de kréosote dont cinq n'ont pas été vomies, toux, dyspnée et expectoration d'abord moindres, redevenues ensuite aussi fortes; soif augmentée; anorexie; goût de kréosote partout; diarrhée persistante. La malade demande la suppression de la kréosote, qui l'incommode sans la soulager notablement.

3 janvier. Ouverture d'un abcès à l'aisselle, suite de l'érysipèle du bras.

Je ferai remarquer que l'érysipèle qui s'accompagne si souvent d'embarras gastrique, ne fut pas, sans doute, sans influence sur les vomissemens qui se répétèrent cinq fois durant l'administration du remède, mais qui s'étaient déjà manifestés auparavant. Notons aussi que le dévoiement ne fut pas modifié par l'emploi de la kréosote; nous allons trouver dans l'observation suivante un effet opposé.

Obs. V. — Une femme, âgée de 70 ans, entra le 9 janvier 1834, avec un embarras gastrique et un catarrhe bronchique de trois mois; toux fréquente, expectoration abondante, râles muqueux sibilans, etc.

13 janvier. Une goutte de kréosote; deux gouttes le 17.

30 janvier. Toux et expectoration moindres.

4 février. Ardeurs dans la région épigastrique; constipation opiniâtre. Suppression. Tisane d'orge miellée; potion mucilagineuse.

7 février. Selles revenues naturellement, sans lavement.

Ici une irritation évidente porta sur le canal intestinal, dont elle supprima la sécrétion et l'excrétion; il y eut peu d'amélioration dans les accidens thoraciques; cela tient-il à la surexcitation morbide qui se déclara dans l'appareil digestif? La même chose se remarque dans l'observation qui suit sans que cette complication ait eu lieu.

Obs. VI. — Un homme, âgé de 36 ans, entre le 16 janvier 1834, avec un catarrhe chronique intermittent datant de 6 ans; toux fréquente; expectoration muco-so-puriforme abondante; points douloureux dans la poitrine; râles sibilans et ronflans; expansion vésiculaire peu nette; sonoréité moindre, égale du reste des deux côtés; soif; état satisfaisant de la digestion; apyrexie.

17 janvier. Une goutte de kréosote; deux gouttes le 24; 3 gouttes le 29.

30 janvier. Point de soulagement marqué. Suppression.

Après avoir examiné l'action de la kréosote dans le catarrhe simple et compliqué de diarrhée, d'embarras gastrique, ou d'érysipèle, il peut être intéressant de l'étudier dans un cas où il coïncide avec un anévrysme du cœur.

Obs. VII. — Une ouvrière en soie, âgée de 38 ans, malade depuis dix ans, néanmoins bien réglée, mais sujette à des coliques de *miserere* dont elle eut en trois ans cinq crises qui lui laissèrent chacune une convalescence d'un mois, entra, le 17 décembre 1833, dans l'état suivant : toux fréquente depuis deux ans; expectoration médiocre : point pleurétique gauche, sans hémoptisie ni épistaxis; thorax peu sonore, surtout au au sommet; râles sibilans dans toute la poitrine; respiration comme craquante à gauche; un peu d'asthme; battemens du cœur larges, faibles, ne repoussant pas la main, tumultueux, précipités, non isochrones au pouls qui est petit; palpitations depuis trois ans; dyspnée; œdème des jambes; hydropisie abdominale depuis trois semaines; peu de sommeil; état satisfaisant de l'appétit et de la digestion; ventre libre. Tisanes diurétiques; looch avec le sirop diacode et la teinture de digitale; vésicatoire au bras, etc.

21 janvier 1834. Peu d'amendement; palpitations moindres. Deux gouttes de kréosote.

25 janvier. Toux diminuée; expectoration plus facile; oppression moindre; un peu plus de sommeil; même appétit; selles plus rares.

En somme, l'amélioration fut peu tranchée, comme on devait s'y attendre, et ne put empêcher la malade de mourir quelques jours plus tard des progrès de l'anévrysme et de ses suites.

Quelles inductions pratiques découlent de l'examen de ces divers essais thérapeutiques? du côté du thorax, la kréosote paraît agir plus spécialement sur la toux qu'elle affaiblit souvent (obs. I, II, V, VII), mais qui peut aussi résister (obs. IV, VI); sur l'expectoration qu'elle diminue (obs. I, II, V), ou facilite (obs. VII), mais qui parfois ne change pas (obs. IV, VI), et qu'elle a même paru rendre sanguinolente (obs. III); sur la

dyspnée qui par suite devient moindre (obs. I, II, VII), mais qui a aussi persisté (obs. IV, VI); enfin sur les douleurs thoraciques qui ont parfois faibli (obs. II, V).

Quant à l'appareil de la digestion, après son influence sur la soif qu'elle a augmentée (obs. IV, V) et fait naître (obs. I), bien que dans un cas elle ne l'ait pas modifiée (obs. II), le phénomène le plus sensible qui ait eu lieu consiste dans les ardeurs qu'elle détermine dans le tube digestif (obs. I, III, V), et dans la poitrine (obs. III). J'ajouterai que bien que dans deux cas elle n'ait pas notablement influé sur la diarrhée coexistante (obs. II, VI), elle a évidemment deux fois rendu les selles rares (obs. V, VII); qu'elle n'a pas été étrangère à la production des vomissemens (obs. II, IV); et qu'en général elle inspire du dégoût (obs. I, II, IV).

En résumé, le plus souvent elle a plus ou moins soulagé (obs. I, II, IV, VII); parfois elle n'a rien produit (obs. VI), ou même a paru aggraver l'état du malade (obs. V).

Je passe à l'étude de l'action de la kréosote

B. *Dans la phthisie commençante.*

Obs. VIII. — Une ouvrière en soie, âgée de 18 ans, malade et mal réglée depuis 5 mois, entra le 5 janvier 1834, avec une irritation bronchique due à des tubercules.

Le 13 janvier, 2 gouttes de kréosote. État de la malade : toux avec douleur sous-sternale; expectoration peu abondante; oppression, surtout le soir; sueurs nocturnes; pas d'hémoptysie; percussion du thorax indolore et sonore, sauf en haut, sans râles ni résonnance bien marquée de la voix; commencement d'amaigrissement; soif; vomissemens par l'effet de la toux, ventre libre; apyrexie.

Le 16 janvier. Toux moindre; expectoration plus facile; oppression diminuée; appétit augmenté.

Le 19 janvier. Poitrine plus dégagée; moins d'oppression; expectoration toujours la même; douleurs intra-scapulaires dans la toux.

Le 26 janvier. Expectoration glaireuse, toujours la même; toux stationnaire; dyspnée revenant le soir; douleurs thoraciques moindres; appétit, mais impossibilité de manger le soir à cause de l'oppression; ventre libre, sans coliques; pas d'ardeurs vives.

Ici l'amélioration, quoique réelle, fut peu prononcée; l'amendement qui eut lieu dans les accidens bronchiques persista quelques jours encore. (Voy. obs. XIX). On trouve un résultat plus tranché dans l'observation suivante :

Obs. IX. — Une couturière, âgée de 32 ans, mariée et mère, entra le 27 janvier 1834, avec un catarrhe bronchique, des tubercules pulmonaires et une leucorrhée ancienne. Toux fréquente, par crises, souvent avec nausées; légères hémoptysies il y a cinq ans; disposition aux rhumes; deux extinctions de voix depuis un an : douleurs sternales et intra-scapulaires, sueurs nocturnes sur le thorax; expectoration spumoso-glaireuse, abondante; dyspnée, surtout le soir; thorax exploré à travers une camisole de flanelle, sonore en bas, un peu mat en haut; résonnance de la voix au sommet avec respiration bronchique; là le parenchyme paraît semé de tubercules; quelques râles tubaires; leucorrhée; douleurs aux lombes et à l'hypogastre; métrorrhagie il y a un mois; apyrexie. Tisanes pectorales; potion calmante; cautère à la cuisse, etc.

Le 12 février. Même état à peu près; 2 gouttes de kréosote.

Le 18 février. Expectoration moindre; toux affaiblie; dyspnée presque nulle; quelques douleurs thoraciques; après la dose, ardeur à l'épigastre, avec bouffées de chaleur à la face et fourmillemens dans les membres; sommeil plus calme.

Le 25 février. Même amélioration; poitrine plus dégagée; douleurs thoraciques nulles, sauf à gauche; expectoration presque nulle durant une semaine; règles depuis 3 jours; leucorrhée persistante; forces augmentées.

Le 2 mars. Le mieux général continue; la leucorrhée persiste, ainsi que les fourmillemens dans les membres.

Je trouve ici un phénomène digne de remarque dans les fourmillemens qui se manifestèrent dans les membres durant l'emploi de la kréosote; celle-ci resta sans influence sur la perte blanche; mais il faut dire qu'elle paraissait tenir à un commencement d'altération organique de l'utérus. L'amendement dans le catarrhe fut très-satisfaisant; la malade sortit quelque temps après notablement soulagée. L'emploi de la kréosote ne fut pas toujours aussi heureux, témoin les deux observations qui suivent :

Obs. X. — Une dévideuse, âgée de 18 ans, malade depuis 3 mois, époque de la suppression de ses règles, fut reçue à l'Hôtel-Dieu de Lyon le 4 janvier 1834, dans l'état suivant : toux fréquente; dyspnée; points pleurétiques; sueurs nocturnes; douleurs entre les épaules; une hémoptysie ancienne; matité et éclat de la voix, au sommet des poumons; parfois crampes dans les jambes, etc.; diarrhée intermittente.

Le 5 janvier. 2 gouttes de kréosote.

Le 10 janvier. Dyspnée un peu moindre; toux et expectoration sans changement; un peu de sommeil; sueurs la nuit; après la prise, ardeurs épigastriques et intestinales; selles plus rares; quelques coliques; approche présumée des règles; suppression démandée.

Obs. XI. — Une couturière, âgée de 28 ans, régulièrement menstruée, fut amenée à l'hôpital le 16 janvier 1834. Gibbosité vertébrale, déviation à droite; toux depuis un an à la suite d'une couche; maigreur; toux sèche, fréquente; sonoréité du thorax, sauf au sommet; respiration bronchique en haut sans pectoriloquie, avec quelques craquemens à droite; céphalalgie; diarrhée intermittente.

Le 20 janvier. 1 goutte de kréosote en deux pilules; 3 gouttes le 24.

Le 25 janvier. Ardeurs de poitrine, néanmoins 4 gouttes de kréosote.

Le 26 janvier. Irritation augmentée; toux plus fréquente; suppression.

Le 4 février. La surexcitation est peu à peu tombée; la toux, la dyspnée et l'expectoration n'ont pas été modifiées d'une manière marquée; les règles coulent.

Le 7 février. La malade sort non soulagée.

Je ne trouve pas dans mes notes si la kréosote eut quelque influence sur la diarrhée; elle en exerça une évidente dans l'observation x, en rendant les selles plus rares, comme nous l'avons déjà vu (obs. v, vii).

Pour résumer les résultats de ces derniers essais, on peut dire que, si la toux est devenue plus intense une fois (obs. xi), elle a été plus souvent affaiblie (obs. viii, ix); que l'expectoration a été rendue plus facile (obs. viii) et moins abondante (obs. ix), sans avoir jamais été augmentée; que la dyspnée a été plus ou moins amendée (obs. viii, ix, x); qu'enfin les douleurs thoraciques ont été deux fois soulagées (obs. viii, ix). J'ajouterai que la kréosote a déterminé encore des ardeurs à l'épigastre (obs. ix, x), et dans la poitrine (obs. xi), et dans un cas des bouffées de chaleurs et des fourmillemens dans les membres (obs. ix).

En somme, un soulagement faible (obs. viii, x) ou marqué (obs. ix), a eu lieu plus souvent que l'état des malades n'a été aggravé (obs. xi).

Il me reste à étudier l'action de la kréosote

C. *Dans la phthisie avancée.*

Obs. XII. — Une ouvrière en soie, âgée de 15 ans, portant des écrouelles ulcérées au cou, fut admise à l'Hôtel-Dieu de Lyon le 11 novembre 1833; elle était atteinte d'une phthisie scrophuleuse fort avancée, contre laquelle on employa la tisane d'escargot, les loochs, le suc de cresson, un cautère au bras; frictions avec la pommade de Coindet sur les écrouelles.

Le 23 décembre. 2 gouttes de kréosote. État de la malade : amélioration du côté du cou; toux et dyspnée intenses, surtout le soir; crachats puriformes, avec des grumeaux; sueurs nocturnes; pectoriloquie, pas d'hémoptysie; amaigrissement, etc.

Le 26 décembre. Toux plus rare; dyspnée moindre; expectoration toujours la même; soif plus forte; salive devenue salée; ardeur épigastrique, coliques depuis trois jours.

Le 30 décembre. Toux rare, expectoration moindre; oppression augmentée; soif; salive toujours salée; coliques de suite après l'ingestion de la dose; agitation la nuit.

Le 2 janvier 1834. Il y a moins de toux et d'expectoration mais plus d'oppression et d'embarras dans la poitrine; soif plus vive; suppression.

L'amendement fut manifeste pour la toux et l'expectoration; mais à mesure que les crachats diminuèrent, l'oppression augmenta. Est-ce là un rapport de coïncidence ou de causalité? Sans décider la question, je dirai que souvent ce résultat s'observe dans des cas analogues lors d'une diminution rapide dans la sécrétion bronchique. La kréosote, au reste, n'exerça aucune influence sur la marche de la phthisie; la malade dépérit de jour en jour; et mourut le 29 janvier. Je ferai remarquer la singulière modification opérée dans la salive qui devint et resta salée durant le cours du traitement; j'ajouterai que je crois avoir observé que l'hémoptysie est aussi rare dans la phthisie scrophuleuse qu'elle est commune dans les autres.

Obs. XIII. — Une dévideuse, âgée de 28 ans, étant, par suite d'une chute, accouchée le 6 décembre 1833, d'un enfant vivant, né entre les 7ᵉ et 8ᵉ mois, fut apportée à l'hôpital le 16 décembre dans un état de faiblesse, d'amaigrissement et de dyspnée extrêmes. Phthisie avancée; looch; décoction de lichen; potion calmante avec addition de sirop de tolu.

Le 24 décembre. 2 gouttes de kréosote.

Le 27 décembre. Expectoration moindre; dyspnée variable; toux presque nulle; soif; ardeur épisgastrique; dégoût de la potion; retour des règles, auxquelles la malade attribue le malaise momentané qu'elle éprouve et qui dure jusqu'au 29, jour où l'écoulement sanguin s'arrêta.

Le 30 décembre. Toux un peu revenue de même que l'oppression; peu de sommeil; nuit pénible.

Le 31 décembre. Faible amélioration; le malaise général et le dégoût persistent; suppression.

L'époque avancée de la phthisie ne permit pas à l'amendement de se soutenir longtemps (V. obs. xxii); on ne pouvait pas espérer beaucoup dans ce cas, non plus que dans les suivans.

Obs. XIV. — Une brodeuse, âgée de 26 ans, malade depuis quinze mois, époque de ses couches, fut reçue à l'hôpital le 27 décembre 1833; elle portait une phthisie avancée, compliquée d'une irritation gastro-intestinale; toux; points pleurétiques; dyspnée; expectoration puriforme; pectoriloquie; pas d'hémoptysie; diarrhée depuis un an.

Le 3 janvier 1834. Même état. 2 gouttes de kréosote.

Le 10 janvier. Profond dégoût pour la kréosote; peu de changement dans la toux, et surtout dans la dyspnée et l'expectoration; peu de sommeil; pas de soif ni d'ardeurs intestinales; diarrhée un peu moindre; suppression demandée.

Obs. XV. — Une ouvrière, non menstruée depuis 4 mois, entra le 2 janvier 1834, avec des tubercules ramollis; toux de trois mois; sueurs nocturnes; matité, respiration bronchique et bronchophonie au sommet des poumons; crachats puriformes, etc.

Le 20 janvier. 1 goutte de kréosote, 3 gouttes le 23; 4 gouttes le 25: 5 gouttes le 26.

Le 27 janvier. Irritation; ardeurs dans l'œsophage et l'estomac; pas de diminution dans l'expectoration: toux plus fréquente; suppression le 28.

Le 29 janvier. La cuisson du gosier diminue, la toux aussi.

Notez qu'ici la plus grande intensité de la toux parut tenir, non point à l'augmentation du malaise pulmonaire, mais à l'irritation que causait dans le pharynx le passage de la kréosote.

En résumé, la toux a paru faiblement (obs. xiv), ou notablement (obs. xii, xiii) amendée sans avoir augmenté dans aucun cas; l'expectoration, restée deux fois

la même (obs. XIV, XV), a diminué dans un troisième cas (obs. XII). L'oppression, peu modifiée (obs. XIV) en général, est devenue plus forte dans l'observation XII.

Pour ce qui est de l'appareil digestif, la kréosote a déterminé souvent des ardeurs intestinales (obs. XII, XIII, XV), augmenté la soif (obs. XII, XIII), et inspiré du dégoût (obs. XIII, XIV), etc.

En somme, le soulagement, presque nul dans un cas (obs. XIV), a été faible dans deux autres (obs. XII, XIII); on peut dire que l'état de la malade a empiré dans l'observation XV.

Ces résultats sont moins satisfaisans que ceux de l'article précédent ; et cela aurait pu se deviner *à priori;* la phthisie commençante doit laisser plus d'espoir que la phthisie ulcérée. Mais nulle part nous ne voyons ces cures radicales qu'on avait annoncées ; le kréosote a souvent soulagé, mais n'a jamais guéri. Il y a loin de là à un spécifique contre la phthisie pulmonaire, quand on l'a bien constatée ; ce remède reste impuissant, comme les autres, contre cette terrible maladie ; néanmoins il peut souvent être utile (1).

Telles sont les conclusions pratiques que donne l'analyse rigoureuse des expériences tentées avec la kréosote, abstraction faite de tout ce qu'on a écrit sur ce sujet. Je vais maintenant étudier l'action de l'eau de goudron dans les mêmes circonstances, et je comparerai ensuite les effets obtenus par ces deux agens thérapeutiques.

§ II. *Emploi de l'eau de goudron.*

On sait que le goudron, produit de la combustion lente du bois de sapin (particulièrement du pinus maritima, et du pinus sylvestris) préalablement épuisé de térébenthine, est un composé de résine mêlée d'huile empireumatique, de kréosote, d'huile essentielle de térébenthine, d'acide pyro-ligneux et de beaucoup d'impuretés. L'eau de goudron se prépare en faisant macérer, pendant huit jours, une once de goudron dans une pinte d'eau, qu'on agite fréquemment, et qu'on filtre ensuite. Cette eau, à laquelle le goudron cède particulièrement son acide, a été coupée avec du lait et donnée à la dose de huit à douze onces par jour, dans les observations suivantes.

M. Léopold Deslandes écrivait en 1833 : la nature de l'eau de goudron, et ce que les auteurs ont dit de ses propriétés, indiquent qu'elle a pu réussir et qu'on pourrait encore l'utiliser. Pour fixer sa valeur, il faudrait de nouvelles expériences. (*Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. XI, 233). Je ne me flatte pas de résoudre définitivement le problème ; je vais essayer du moins d'en faciliter la solution, en examinant un à un les divers élémens qui le composent :

1° *Dans le catarrhe pulmonaire chronique.*

Obs. XVI. — Une revendeuse, âgée de 43 ans, régulièrement menstruée, malade depuis cinq mois à la suite d'un refroidissement qui lui laissa un rhume bronchique, vint à l'hôpital le 5 décembre 1833. Malaise pulmonaire augmenté depuis un mois ; toux fréquente ; douleurs sternales ; oppression, surtout le soir ; expectoration catarrhale ; râles tubaires ; pas d'hémoptysie ; appétit ; quelques vomissemens dans les efforts de la toux ; ventre libre ; céphalalgie ; parfois insomnie. Tisane de dattes et de jujubes ; looch ; vésicatoire au bras ; à partir du 22, quelques pilules de Morton.

30 décembre. Oppression un peu moindre ; ventre resserré ; du reste, même état. Une dose d'eau de goudron coupée avec du lait.

4 janvier 1834. Toux moindre ; expectoration toujours la même ; poitrine plus dégagée et siége de moins de cuisson ; grand appétit ; ventre redevenu libre ; sommeil.

10 janvier. Toux affaiblie ; expectoration minime ; appétit augmenté ; digestions bonnes, avec la précaution de peu manger le soir ; selles un peu rares ; sommeil bon.

13 janvier. Point d'oppression ; presque pas de toux et fort peu d'expectoration ; point de céphalalgie ; sommeil la moitié de la nuit ; l'appétit persiste ; ventre redevenu libre ; quelques douleurs à l'hypogastre ; les règles doivent paraître le 14. Suppression de l'eau de goudron.

On voit que l'amélioration fut ici des plus marquées ; tous les accidens pulmonaires furent amendés ; le mieux devint général, et se soutint jusqu'au 16 janvier, jour où la malade sortit parfaitement soulagée. Un résultat satisfaisant se retrouve aussi dans l'expérience suivante.

Obs. XVII. — Cette expérience est relative à la jeune fille de l'obs. 2, qui, entrée le 25 novembre avec un catarrhe chronique et une diarrhée intermittente, avait éprouvé du soulagement une première fois par l'administration de la kréosote (du 25 décembre au 4 janvier), et qui n'avait pas vu son état s'améliorer à une seconde tentative (du 18 au 25 janvier 1834), La toux, la dyspnée et l'expectoration étaient redevenues aussi fatigantes qu'auparavant ; l'oppression reparaissait tous les soirs, parfois maux de cœur et vomissemens glaireux.

30 janvier 1834. Deux doses par jour d'eau de goudron coupée avec du lait, chacune de 8 onces.

4 février. Après dix doses, toux et dyspnée moindres, même le soir ; expectoration diminuée ; douleurs sternales enlevées ; pas de soif, ni de nausées, ni de vomissemens ; un peu d'appétit ; quelques coliques ; ventre libre ; pas de céphalalgie ; sommeil.

9 février. Peu d'expectoration ; point d'oppression, même le soir ; toux moindre : appétit ; digestion bonne ; point de coliques ; ventre libre ; les urines ne sont ni plus, ni moins abondantes ; point de maux de tête comme

(1) On peut là-dessus consulter, entre autres ouvrages, les *Arch. gén. de méd.* de 1834 : sur l'usage médical de la kréosote, par A. Buchner, de Munich, t. 6, p. 124 et 151, et Gazette médicale, 1833, n° 74 ; 1834, n° 26 et 51 ; 1835, n° 1, 21, 33 et 41, etc.

il y en avait pendant l'emploi de la kréosote ; sommeil ; le mieux est général ; les forces reviennent ; la malade se lève et marche seule ; auparavant elle avait de la peine à se tenir quelque temps sur ses jambes.

11 fevrier. Elle a repris meilleure mine, se trouve beaucoup mieux, et part pour son pays (Jura).

Ces deux observations me paraissent assez concluantes. La malade ici avait remarqué qu'auparavant elle était obligée de se tenir presque assise dans son lit, et que le décubitus dorsal occasionnait de la suffocation, des nausées et parfois des vomissemens ; depuis, elle se couchait impunément sur le dos, et s'endormait dans cette position.

Obs. XVIII. Une couturière, âgée de 40 ans, malade depuis six mois et accouchée depuis cinq, entra le 16 janvier 1834, avec un catarrhe pulmonaire chronique, râles sibilans dans tout le thorax, toux fréquente, forte oppression, expectoration mucoso-puriforme, douleurs sternales, décubitus dorsal suffocant. Anorexie; vomissemens dans la toux ; un peu de diarrhée ; perte alternativement rouge et blanche ; céphalalgie ; un peu de surdité ; parfois insomnie.

20 janvier. Eau de goudron et lait.

27 janvier. Toux affaiblie; expectoration plus facile ; dyspnée moins forte le soir ; douleurs thoraciques moindres, poitrine sonore ; point de râles sibilans ; respiration normale à droite, encore un peu embarrassée à gauche, où une résonnance sourde de la voix pourrait peut-être faire soupçonner un commencement d'altération tuberculeuse. Appétit ; vomissemens quotidiens du 9 au 18, nuls depuis le 20 janvier ; selles plus rares, une tous les deux jours ; perte nulle depuis le 23. Mieux général ; sommeil. Suppression.

La malade s'enrhume ; l'oppression revient ; les douleurs sternales reparaissent; l'expectoration devient difficile; il y a un peu de dévoiement.

Le 5 février. Reprise de l'eau de goudron coupée avec du lait; deux doses par jour.

Le 9 février. Toux plus rare ; presque plus d'oppression; elle ne revient que par la marche ascensionnelle ; expectoration plus facile ; poitrine moins embarrassée; état satisfaisant de l'appétit et de la digestion ; la diarrhée continue; quelques coliques ; urines ni plus ni moins abondantes ; sommeil, mais interrompu. Au total la malade se sent mieux.

Le 14 février. Toux affaiblie ; dyspnée plus légère ne revenant que dans les efforts de la marche; expectoration diminuée; le matin embarras sur la poitrine qui se dissipe par l'expuition de quelques crachats épais, appétit; diarrhée moindre, sommeil sans agitation ; surdité presque nulle ; mieux progressif.

Le 19 février. Toux rare et sans irritation ; expectoration moindre ; dyspnée plus légère ; poitrine plus dégagée ; appétit ; digestions bonnes ; selles irrégulières ; quelques coliques à leur approche; sommeil plus tranquille; les forces reviennent ; suppression.

Ainsi, à deux reprises, l'eau de goudron a amené un soulagement sensible, quoique moins tranché que dans les deux cas précédens.

En somme, cette médication a toujours amélioré l'état de la toux (obs. XVI, XVII, XVIII); diminué (obs. XVI, XVIII), ou facilité (obs. XVIII), l'expectoration; affaibli (obs. XVIII) ou enlevé (obs. XVI, XVII) la dyspnée ; et enfin amendé (obs. XVI, XVIII), ou guéri (obs. XVII) les douleurs thoraciques.

J'ajouterai qu'elle a paru arrêter les vomissemens (obs. XVII, XVIII) sur lesquels la toux n'était pas sans influence ; qu'elle a fait naître (obs. XVII, XVIII), ou augmenté (obs. XVI) l'appétit ; qu'elle a diminué la diarrhée (obs. XVIII); rendu le ventre libre (obs. XVI, XVII); et qu'elle a ramené le sommeil (obs. XVI, XVII, XVIII). J'ai noté qu'elle n'a pas modifié la sécrétion urinaire (obs. XVII, XVIII), ni allumé la soif, ni causé ces irritations et ces dégoûts que provoquait souvent la kréosote.

2° *Dans la phthisie commençante.*

Obs. XIX. — Cette expérience continue l'histoire thérapeutique de la jeune fille de l'observation VIII, malade et mal réglée depuis 5 mois, qui, entrée le 5 janvier avec une irritation bronchique assez intense due probablement à des tubercules, éprouva un soulagement sensible mais de peu de durée par l'usage de la kréosote (du 13 au 26 janvier). La toux revint ; l'oppression augmenta ; il y avait peu de sommeil et une expectoration mucoso-glaireuse abondante.

Le 30 janvier. Eau de goudron coupée avec du lait; deux doses par jour.

Le 3 février. Toux et expectoration moindres ; dyspnée plus faible, revenant encore le soir ; thorax sonore sauf en haut ; surtout à droite où il y a une résonnance sourde de la voix, et quelques craquemens ; respiration complète ailleurs ; très-peu de râles ; appétit ; ventre libre; un peu de sommeil ; sueurs thoraciques pendant le sommeil.

Le 11 février. Toux moindre bien que fréquente encore le soir ; il en est de même de la dyspnée; les crachats ne sont que de la salive ; les douleurs thoraciques persistent ; appétit ; digestions bonnes, avec la précaution de peu manger le soir ; ventre libre ; urines comme à l'ordinaire.

Le 17 février. Toux moindre la nuit ; expectoration moins abondante ; dyspnée stationnaire depuis sa diminution ; douleurs thoraciques affaiblies ; thorax sonore en bas, un peu mat en haut ; voix bronchique et respiration mêlée de craquemens au sommet des poumons; pas de râles ; sommeil sans agitation ; bon état de l'appétit et de la digestion ; la malade commence à manger un peu le soir sans être aussi fatiguée.

Le 24 février. Oppression moindre ; expectoration muqueuse ; toux stationnaire ; douleurs thoraciques moindres ; ventre libre, indolore ; sommeil la moitié de la nuit ; suppression.

Le 4 mars. Mieux progressif, crachats plus épais, moins abondans ; dyspnée plus faible : toux beaucoup moindre ; douleurs thoraciques amendées : appétit plus grand ; le repas du soir ne fatigue plus ; ventre libre ; sommeil plus tranquille.

Le 7 mars. La malade sort notablement soulagée.

Evidemment l'efficacité de la kréosote avait été moins manifeste, moins générale et s'était moins soutenue que celle de l'eau de goudron : et c'est un cas qui permet d'autant mieux de juger de leur action respective que la même malade a été soumise successivement à l'emploi des deux médications.

Obs. XX. — Une ouvrière, âgée de 15 ans, non réglée, ayant la poitrine fatiguée de puis 4 ans, entra le 29 décembre 1833, avec une phthisie commençante. Toux ancienne, douleurs sternales; point pleurétique droit; peu d'expectoration; face pâle, etc.; bouche amère; soif; anorexie; épigastre et abdomen indolores; pas de diarrhée: céphalalgie peu de sommeil.

Le 2 janvier. Eau de goudron et lait.

Le 6 janvier. Expectoration plus facile; toux moindre; oppression plus faible, mais revenant le soir et s'opposant au sommeil; un peu d'appétit; point de diarrhée.

Le 13 janvier. Presque pas de toux: peu d'oppression; moins d'expectoration; elle ne se plaint plus de douleurs thoraciques, et prend meilleure mine; appétit; pas de soif; point de céphalalgie; sommeil.

Le 18 janvier. Mieux progressif; elle a fort peu d'oppression, beaucoup moins de toux, ne crache presque plus, et dort la nuit. Etat satisfaisant de l'appétit, de la digestion et des selles; la malade devant sortir le 20, on supprime l'eau de goudron.

Elle s'enrhume le 19 et ne sort pas. Tisane béchique; bouillon pectoral; mélange calmant; vésicatoire au bras.

Le 26 janvier. Elle sort en aussi bon état qu'on pouvait l'espérer avec des tubercules, du souffle bronchique, une résonnance éclatante de la voix et une respiration craquante au sommet de la poitrine.

Nous trouverons un résultat à peu près semblable dans l'expérience suivante:

Obs. XXI. — Une ouvrière en soie, âgée de 26 ans, malade depuis 6 mois, entra le 19 février, avec des tubercules. Toux depuis 3 mois; dyspnée; pas de palpitations; sueurs nocturnes; quelque hémoptysie depuis 2 mois, points pleurétiques vagues; matité en haut; extinction de voix incomplète; état passable de l'appétit et de la digestion : quelques vomissemens causés par la toux, qui occasionne aussi l'insomnie; selles quotidiennes.

20 février. Eau de goudron et lait.

2 mars. Toux moindre, surtout la nuit; presque plus d'extinction de voix; expectoration plus facile; douleurs thoraciques affaiblies; oppression diminuée; sueurs nocturnes; appétit; digestions bonnes; depuis le 20, un seul vomissement par l'effet de la toux; selles normales; un peu plus de sommeil.

3 mars. Poitrine plus libre; mieux général; léger sentiment de cuisson au pharynx. Suppression.

6 mars. Mieux progressif; sommeil; oppression presque nulle n'augmentant pas le soir; toux, expectoration et douleurs thoraciques moindres, aphonie intermittente; point d'hémoptysie ni de vomissemens.

Dans cette seconde série d'expériences, l'eau de goudron a produit encore des effets plus tranchés et plus soutenus que la kréosote; l'état de la toux a été constamment amélioré (obs. XIX, XX, XXI); l'expectoration facilitée (obs. XXI) ou diminuée (obs. XIX, XX): la dyspnée affaiblie (obs. XIX) ou presque enlevée (obs. XX, XXI); enfin les douleurs thoraciques qui tiennent ici à une lésion organique, plus (obs. XX) ou moins (obs. XIX, XXI) amendées.

Il faut remarquer qu'elle a arrêté les vomissemens que causait la toux (obs. XXI), qu'elle a paru apaiser la soif (obs. XX); qu'elle a fait naître (obs. XX) ou augmenté (obs. XIX) l'appétit; qu'elle a rendu la digestion plus facile (obs. XIX), sans doute en diminuant l'oppression; qu'elle n'a pas influencé la sécrétion urinaire (obs. XIX); qu'elle a ramené le sommeil, etc.

3° *Dans la phthisie avancée.*

Obs. XXII. — Nous reprenons ici l'histoire de la malade de l'obs. XIII, qui, entrée le 15 décembre avec une phthisie avancée, avait éprouvé un soulagement léger et de peu de durée par l'emploi de la kréosote (du 24 au 31 déc.) L'opression revient; la toux est intense, l'expectoration abondante; il n'y a pas de sommeil, pas d'appétit; le malaise va en augmentant; l'adynamie est très-grande. J'ai déjà dit (obs. XIII) qu'on devait peu espérer dans ce cas.

13 janvier. Eau de goudron et lait.

18 janvier. Après cinq doses, la toux et l'oppression ont beaucoup diminué peu à peu; l'expectoration beaucoup moindre; poitrine moins douloureuse depuis qu'il y a moins de toux; persistance des sueurs nocturnes; un peu d'appétit; quelques coliques et diarrhée intermittentes; peu de sommeil. Les forces reviennent; la malade a commencé à se lever, ce qu'elle n'avait pas fait depuis longtemps.

20 janvier. Mieux général; la toux et l'oppression sont presque nulles; la malade, qui se dégoûte vite de tout, demande la supression de l'eau de goudron.

L'amélioration rapide qui eut lieu ici fut d'autant plus étonnante qu'on avait moins droit de s'y attendre; car c'était un cas sans espoir, de même que le suivant :

Obs. XXIII. — Une lingère, âgée de 34 ans, malade depuis quinze mois et ayant ses règles supprimées depuis cinq, fut apportée à l'Hôtel-Dieu de Lyon le 16 décembre 1833, dans un état désespéré de phthisie avancée. Toux fréquente; oppression; crachats puriformes; douleurs thoraciques; légères hémoptysies depuis deux ans; extinction de voix; cuisson à la gorge; gargouillement, etc. Peu d'appétit; digestions variables, diarrhée intermittente; assoupissement; face jaune; faiblesse; amaigrissement. Looch : tisane d'escargot; lait; gargarisme émollient. Pas de changement.

29 décembre. Eau de goudron et lait.

3 janvier 1834. Toux et expectoration peu modifiées; expectoration aussi abondante, seulement la malade est moins assoupie, mais elle décline toujours; les douleurs du gosier ont empiré.

4 janvier. Mort dans la nuit.



A coup sûr, l'eau de goudron ne fut pour rien dans cette issue inévitable; ce qu'on peut dire c'est qu'elle n'a pas pu retarder la mort.

Ce serait se répéter que de multiplier davantage le nombre des expériences; celles que j'ai rapportées me paraissent assez variées et assez nombreuses pour qu'il soit permis rigoureusement d'en tirer quelques inductions pratiques.

RESULTATS COMPARATIFS.

Après avoir considéré en détail l'action de la kréosote et de l'eau de goudron dans les groupes que j'ai établis, je vais maintenant jeter un coup-d'œil d'ensemble sur les effets qu'elles ont produits, non plus spécialement sur le catarrhe ou la phthisie à divers degrés (j'ai fait cet examen après chaque article), mais sur chacun des genres de symptômes étudiés isolément, abstraction faite de la nature de la maladie. Cette analyse comparative nous donnera une idée plus complète des propriétés générales de ces substances.

1° On peut les considérer comme des modificateurs puissans de la sécrétion pulmonaire. Le plus ordinairement la kréosote a facilité (obs. VII, VIII) ou diminué (obs. I, II, V, IX, XII) l'expectoration; quelquefois cependant elle ne l'a pas modifiée (obs. IV, VI, XIV, XV), et même a paru la rendre sanguinolente dans un cas (obs. III).

L'eau de goudron l'a toujours facilitée (obs. XVIII, XXI), ou diminuée (obs. XVI, XVII, XIX, XX, XXII), sans jamais produire d'accidens.

2° Le plus souvent la kréosote a plus ou moins affaibli la toux (obs. I, II, V, VII, VIII, IX, XII, XIII); parfois cependant elle ne l'a pas influencée (obs. IV, VI, XIV), ou même l'a rendue plus intense (obs. XI, XV).

L'eau de goudron, au contraire, l'a constamment amendée d'une manière plus tranchée et plus soutenue (obs. XVI à XXII).

3° Généralement la kréosote a plus ou moins diminué (obs. I, II, VII, VIII, IX, X) l'oppression qui cependant lui a résisté quelquefois (obs. IV, VI, XIV), et qui est devenue plus intense dans un cas (obs. XII).

Nous avons vu que l'eau de goudron l'a toujours soit amendée (obs. XVIII, XIX, XXI, XXII), soit presque enlevée (obs. XX), soit même fait disparaître (obs. XVI, XVII) complétement.

4° Quant aux douleurs thoraciques, la kréosote les a assez souvent soulagées (obs. II, V, VIII, IX).

Ce soulagement a été bien plus constant avec l'eau de goudron qui les a ordinairement affaiblies (obs. XVI, XVIII, XIX, XXI, XXII), ou même enlevées (obs. XVII, XX). Ce résultat pouvait se prévoir, car l'agent qui diminuera le plus l'expectoration, la toux et la dyspnée qui sont la cause première et principale de ces douleurs, devra aussi exercer le plus d'influence sur ces dernières.

Ainsi pour ce qui regarde la modification des accidens pulmonaires, la comparaison est toute à l'avantage de l'eau de goudron. Voyons maintenant ce qu'il en est pour le reste de l'économie.

5° Plusieurs fois la kréosote a fait naître (obs. I) ou augmenté (obs. IV, V, XII, XIII) la soif.

Cela n'a pas lieu avec l'eau de goudron qui semble même l'avoir apaisée dans un cas (obs. XX).

6° Souvent la kréosote a provoqué des ardeurs et de l'irritation dans le tube digestif (obs. I, III, V, IX, X, XI, XII, XV). Je rappellerai qu'une fois elle a rendu la salive salée (obs. XII), et une autre, occasionné des fourmillemens dans les membres et des bouffées de chaleur à la face (obs. IX).

Je n'ai que des résultats négatifs en ce genre à inscrire pour l'eau de goudron.

7° La kréosote a souvent inspiré du dégoût aux malades (obs. I, II, IV, XIII, XIV); elle n'a pas toujours été étrangère à la production des vomissemens (obs. II, IV).

L'eau de goudron n'a pas causé de dégoûts, à l'exception peut-être de la phthisique de l'obs. XXI. Quant aux vomissemens, elle a paru au contraire les arrêter (obs. XVII, XVIII, XXI).

Il y a plus, l'eau de goudron a exercé une influence marquée sur l'appétit; plusieurs fois elle l'a fait naître (obs. XVII, XVIII, XX, XXII), ou notablement augmenté (obs. XV, XIX).

Rien de semblable n'est noté pour la kréosote.

8° Avec la kréosote, les selles sont devenues plus rares dans 3 cas (obs. V, VII, X); une fois elle a diminué (obs. XIV) la diarrhée préexistante, qui deux fois est restée la même (obs. II, IV).

Dans un cas, l'eau de goudron a diminué la diarrhée (obs. XVIII), et dans trois, rendu le ventre libre (obs. XVI, XVII, XIX).

9° L'usage de l'eau de goudron a constamment procuré plus ou moins de sommeil (obs. XVI à XXII).

Cela n'a eu lieu que trois fois avec la kréosote (obs. VII, IX, X).

10° Enfin, avec la kréosote, le soulagement a été généralement faible (obs. I, II, VII, VIII, X, XII, XIII), plus marqué dans un seul cas (obs. IX), et nul dans trois (obs. IV, VI, XIV). L'état du malade a été plusieurs fois aggravé (obs. III, V, XI, XV).

Avec l'eau de goudron le soulagement a toujours été plus ou moins marqué (obs. XVI à XXII), sans que l'état ait jamais empiré; et remarquez qu'elle a été employée dans trois cas où la kréosote avait produit peu d'effet.

Ainsi la comparaison reste à l'avantage de l'eau de goudron.

C'est ici le lieu de discuter les assertions de quelques auteurs, que M. Léop. Deslandes a reproduites sous la forme dubitative. « L'eau de goudron, dit-il, aurait pour effet immédiat, chez les uns, d'exciter l'appétit, chez quelques autres, de causer des nausées, des vomissemens et de la diarrhée. Elle provoquerait en outre la sécrétion des urines, la transpiration cutanée, et produirait une stimulation des diverses membranes muqueuses. » (*Dict. de méd. et de chir. prat.*, 1833, t. IX, page 232.)

Nous avons vu qu'elle a exercé une influence manifeste sur l'appétit (obs. XV, XVII, XVIII, XIX, XX, XXII), et qu'elle a même rendu la digestion plus facile (obs. XIX).

Elle n'a occasionné de nausées chez aucune des malades.

Loin de produire les vomissemens, elle m'a paru les arrêter (obs. XVII, XVIII, XXI), soit en diminuant la toux, soit autrement.

Quant à la diarrhée, je rappellerai qu'elle l'a diminuée (obs. XVIII), et qu'elle a rendu le ventre libre (obs. XVI, XVII, XIX).

Pour ce qui est de la sécrétion urinaire, j'ai noté qu'elle n'a été ni diminuée ni augmentée (obs. XVII, XVIII, XIX).

PETREQUIN, D.-M.-P.

Plaie du col causée par les bourres d'un pistolet chargé à poudre; mort instantanée; éjaculation spermatique; observation communiquée par M. JOLY, docteur-médecin à Clermont (Oise).

OBS.—Le nommé Auguste Dautard, âgé de 58 ans, ancien conducteur de diligences, aubergiste à Clermont, d'une taille moyenne, d'une constitution robuste, d'une assez forte corpulence, faisait partie d'une noce le 27 septembre dernier; quelques-uns des conviés déchargeaient en l'air des armes à feu, lorsqu'un coup de pistolet, chargé à poudre seulement, fut par maladresse tiré sur lui à bout portant au moment ou il était baissé et jouait à la boule. Dautard fut frappé à la partie supérieure et externe du côté droit du col; il y porta la main, s'assit par terre et succomba au bout d'une minute sans avoir proféré une parole. J'arrivai sur les lieux dix minutes environ après l'accident : la plaie du col avait rendu une grande quantité de sang qui, au dire des assistans, avait coulé à flots. J'examinai le pistolet: il avait à peu près le calibre d'une arme de guerre. Les personnes qui étaient présentes au moment de l'événement m'affirmèrent qu'il n'avait été chargé qu'à poudre, mais qu'on y avait introduit plusieurs bourres qui avaient été violemment comprimées; personne n'avait vu la distance de laquelle le coup avait été tiré, ni comment l'arme était partie.

Chargé par le juge d'instruction, conjointement avec mon confrère M. W... de l'examen légal du cadavre, nous y procédâmes le 29 septembre, à sept heures du matin.

Le cadavre encore habillé avait été transporté immédiatement après le décès dans une pièce fermant à clé; une assez grande quantité de sang s'était écoulée de la plaie et imprégnait la partie voisine des vêtemens et l'oreiller sur lequel reposait la tête. Le collet du gilet et celui de la chemise offraient une perforation d'un pouce environ de diamètre; autour de la solution de continuité le gilet noirci et brûlé par la poudre prouvait que l'explosion devait avoir eu lieu à fort peu de distance de Dautard; celui-ci ne portait ni habit, ni cravate, au moment de l'événement.

La plaie était située à un pouce au-dessous et en arrière de l'apophyse mastoïde; en arrière et près de son attache supérieure le muscle sterno-cléido-mastoïdien avait été déchiré. La blessure, d'une forme arrondie, avait quinze lignes de diamètre; elle était dirigée en dedans, en avant et un peu en bas; sa profondeur était d'environ deux pouces et demi; ses bords étaient fortement contus, réduits en bouillie, et l'infiltration sanguine s'étendait aux tissus voisins. La plaie était remplie de caillots et de sang encore liquide; à quelques lignes de son orifice, on apercevait une des bourres couverte de sang; deux autres bourres furent trouvées un peu plus profondément avec les morceaux du gilet et de la chemise.

La direction de la blessure, l'hémorrhagie foudroyante qui l'avait suivie nous portaient à penser qu'une des artères carotides avait été divisée; nous procédâmes donc, après avoir enlevé le côté droit de l'os maxilliaire inférieur, à la dissection des deux carotides et de leurs principales branches; une infiltration sanguine de la tunique externe de l'origine de l'artère maxillaire interne qui se trouvait limiter la blessure en haut, nous fit d'abord penser qu'elle avait été ouverte; néanmoins, après l'avoir fendue dans toute sa longueur avec des ciseaux, nous pûmes nous assurer que sa membrane interne ne présentait aucune solution de continuité. Nous continuâmes la dissection des parties plus profondes dans les environs de la blessure qui s'étendait jusqu'aux muscles constricteurs du pharynx, qui cependant n'avaient pas été perforés et jusqu'à la colonne vertébrale; c'est alors seulement que nous reconnûmes la cause de la mort. Frappées obliquement derrière en avant et de dehors en dedans, les apophyses transverses droites des deuxièmes et troisièmes vertèbres cervicales en totalité et en partie celle de la quatrième étaient réduites en plusieurs fragmens. Entre la troisième et la quatrième vertèbre, la capsule des apophyses articulaires était ouverte de ce côté, et les deux vertèbres écartées de quelques lignes laissaient voir et toucher les enveloppes de la moelle intacte, mais infiltrée de sang. L'artère vertébrale était détruite dans l'espace compris entre la première et la quatrième vertèbre. Pressés par le temps, nous ne pûmes ouvrir le canal rachidien dans toute son étendue. La chemise du défunt, qu'il avait mise pour la première fois le matin même de son décès, présentait des taches de sperme assez larges; il y avait eu éjaculation au moment de la mort.

Ce cas me parut assez remarquable pour m'engager à faire quelques expériences sur les effets d'une bourre chassée par une arme à feu : voici quel en a été le résultat :

Le pistolet qui avait servi à commettre le meurtre fut chargé, comme il l'avait été, avec trois bourres en papier imprimé et fortement enfoncées; tiré à deux pouces d'une planche de peuplier de six lignes d'épaisseur, les bourres la traversèrent. Je me servis ensuite d'un pistolet de cavalerie que je chargeai avec un gros de poudre fine et deux bourres de papier imprimé, pesant ensemble trente grains: à trois pouces de distance une planche de bois blanc, de quatre lignes

d'épaisseur, fut traversée et vola en éclats; à un pied, les bourres y firent un trou irrégulier et la traversèrent; à deux pieds la planche était noircie dans une étendue d'environ six pouces; au milieu de la tache noire, un espace d'un pouce un peu moins coloré faisait voir que c'était là qu'avait frappé la bourre; du reste on ne remarquait aucune dépression en cet endroit; à cinq pieds de distance, les bourres n'arrivaient pas jusqu'à la planche. Je plaçai ensuite à deux pouces en avant de la planche qui me servait à mes expériences, un grillage de fil de fer semblable a ceux dont on se sert pour garantir les vitres; je tirai à un pouce de distance; à l'endroit où il avait été frappé, le grillage présentait un enfoncement conique au fond duquel deux fils de fer étaient rompus; de plus, la planche qui se trouvait derrière avait été traversée par les deux bourres. Ayant enfin chargé l'arme avec une bourre très-légère, suffisante à peine pour retenir la poudre, et tiré à deux pouces de distance, la planche fut noircie, brûlée, incrustée de grains de poudre non enflammés, mais ne fut pas traversée.

Il est donc constant que les armes à feu, chargées à poudre seulement, peuvent cependant produire des désordres assez graves pour occasionner la mort. J'ai vu en 1831, à l'Hôtel-Dieu de Paris, un enfant qui succomba à une plaie pénétrante de l'abdomen produite par la bourre d'un fusil tiré à quelque distance; j'ai entendu citer au cours de M. Marjolin, l'observation d'un soldat qui se fit sauter la cervelle avec son fusil chargé à poudre seulement. Les désordres seront d'autant plus graves que la bourre sera plus dure et plus fortement enfoncée, que l'arme aura une plus grande longueur et sera déchargée à une plus petite distance. Dans l'observation précédente, trois bourres fortement enfoncées ont pu, après avoir traversé une assez grande épaisseur de parties molles, fracturer en partie la colonne vertébrale. Mais, si l'explosion a lieu à quelques pieds de distance, les effets de la bourre comme corps vulnérant sont nuls; la résistance de l'air devenant de plus en plus forte à mesure que la bourre en se dépliant offre une plus grande surface, celle-ci tombe bientôt à quatre ou cinq pas de distance.

Une circonstance remarquable de l'observation précédente est l'éjaculation qui a eu lieu au moment de la mort. Ce cas vient à l'appui de ceux relatés par le docteur Ollivier dans son *Traité de la moelle*, où des blessures de la moelle épinière ont causé des érections; ce qui prouve que si, comme l'a annoncé Gall, l'instinct de la reproduction, le désir réside dans le cervelet, c'est à la moelle épinière qu'il faut rapporter les phenomènes physiques de l'érection et de l'éjaculation, qui peut avoir lieu sans désir.

N. du R. Plusieurs circonstances rendent cette observation digne de figurer dans les annales de la chirurgie. D'abord le siége de la blessure. On possédait, il est vrai, les détails de quelques coups de feu de la colonne cervicale qui s'étaient également terminés par la mort, mais dans aucun cas que nous sachions, la mort n'était arrivée subitement. C'est toujours à compter du cinquième au quinzième jour, époque ordinaire de la chute de l'escarre, que ces blessés étaient morts, d'hémorrhagie provenant de l'artère vertébrale. Deux ou trois cas de cette espèce ont été observés en 1830, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de Dupuytren. Dans le fait de M. Joly, au contraire, la mort paraît avoir été presque instantanée, par la compression des nerfs phréniques, comme après la luxation de la première vertèbre cervicale sur la seconde. En outre, dans toutes les observations publiées, la balle n'avait frappé la colonne cervicale qu'en entrant par une des ouvertures naturelles de la face, comme par la bouche ou par le nez. Nous ne disons pas cependant que la même lésion ne puisse pas avoir lieu par toute autre direction, ainsi que le fait ci-dessus le prouve; nous en faisons la remarque à dessein, car il pourrait bien se faire que par des raisons anatomiques les balles n'atteignissent que difficilement le haut de la colonne cervicale par les régions postérieure et latérale.

Ensuite la nature du corps vulnérant n'est pas moins digne de remarque. Il est prouvé que la bourre, surtout lorsqu'elle est fort comprimée dans l'arme, produit à bout portant les mêmes effets qu'une balle métallique. Les expériences, pareilles à celles de M. Joly, que Dupuytren fit faire en 1830, ont mis ce fait hors de toute contestation. Mais on ne connaissait pas encore une seule observation de l'action aussi profonde et aussi grave de la bourre d'un pistolet ou d'un fusil sur le corps de l'homme. Nous disons d'un pistolet ou d'un fusil, car on sait que dans les exercices à feu des canonniers, la bourre de la gargousse a plusieurs fois tué sur-le-champ des militaires qui en ont été atteints. Il est vrai qu'il y a, en outre dans toutes ces occurrences, à considérer l'action même de la poudre en explosion et de celle qui frappe les tissus sans être enflammée, ce qui fait aussi l'office de projectile. Quant au cas de Dupuytren, que notre confrère cite dans sa lettre, il nous est parfaitement connu, puisque nous avons suivi le malade à l'Hôtel-Dieu; mais ce fait n'est pas à comparer avec ceux dont on vient de parler, car le jeune homme en question ne mourut que d'une péritonite accidentelle à une époque où les accidens primitifs de la blessure étaient déjà dissipés.

N° 46. — 12 Nov.

Mémoire sur le traitement des luxations spontanées et des inclinaisons latérales du bassin; par M. Mathias Mayor.

Dans l'ouvrage que je viens de publier sur l'usage en chirurgie du fil de fer et du coton (1), j'ai dû discuter, dans maint article, les questions les plus graves qui se rattachent au traitement des fractures du col du fémur, soit qu'elles se présentent comme bien évi-

---

(1) Chez Germer-Baillière, à Paris, rue de l'Ecole-de-Médecine, et Cherbulier, rue St-André-des-Arts, n° 68.

dentes, ou plus ou moins incertaines et douteuses; et j'ai eu occasion en même temps d'aborder quelques points importans concernant les affections de l'articulation iléo-fémorale. Malgré la diversité de tous ces états pathologiques, j'ai eu le bonheur de pouvoir les ranger tous sur la même ligne thérapeutique, et d'établir en principe « qu'il suffit que ces désordres aient un siége commun, pour que les moyens curatifs essentiels soient identiques. » C'est du moins ce qui ressort de mes observations cliniques et des déductions assez étendues auxquelles elles ont donné lieu, et qu'on peut voir dans le livre précité. Dès-lors, ma pratique privée et à l'hôpital de Lausanne est venue confirmer ces premières données, et m'a mis à même de m'étendre d'une manière plus précise sur l'un des principaux états qui appartiennent à cet ordre de lésions. J'ai surtout été favorisé par quatre cas bien tranchés que le hasard avait réunis à cet hôpital, et que j'ai eu plus d'une heureuse occasion de présenter à des chirurgiens distingués ainsi qu'à une réunion d'entre eux lors du dernier tir fédéral. Les réflexions et objections de ceux-ci, les explications de tout genre dans lesquelles j'ai été forcé d'entrer, les démonstrations minutieuses que j'ai dû faire sur la nature du mal, sur les indications qu'il présente, sur la manière d'agir de l'instrument curatif, sur les résultats déjà obtenus; et toutes ces circonstances ont contribué puissamment à éclairer ce sujet et à me mettre en mesure de le saisir et peut-être de la faire comprendre assez bien.

Lorsqu'après avoir étendu les extrémités inférieures à côté l'une de l'autre, les deux pieds ne sont évidemment pas sur le même niveau, on dit qu'il y a raccourcissement ou allongement de celui des deux membres qui paraît ou plus long ou plus court que l'autre. Parmi le grand nombre des causes, bien connues, qui peuvent donner lieu à ce défaut de parallélisme, je ne citerai que la luxation spontanée et l'élévation morbide et permanente d'un des côtés du bassin; et ce sont essentiellement ces deux états pathologiques que j'ai en vue aujourd'hui.

Mais, afin d'éviter des répétitions inutiles et fastidieuses, je prie tout lecteur qui voudra mettre quelque intérêt à démêler ce que je vais dire, de voir ou de se rappeler mon article 12 sur la gouttière bi-fémoro-tibiale, et l'article 2 où j'indique la conduite à tenir dans les cas de fractures douteuses du col du fémur. C'est que ce qui va suivre n'est guère, en effet, que la conséquence et le complément des principes et des préceptes énoncés dans ces deux articles, et qu'il serait assez inutile de continuer la lecture de cette notice, si l'on faisait trop légèrement abstraction de son point de départ. Ce genre ne pourrait profiter qu'à ceux qui, impatiens de me critiquer, se sentiraient néanmoins tout disposés à le faire, malgré les données les plus frivoles et sans m'avoir compris ou sans vouloir me comprendre.

Abandonnée à elle-même, dans la luxation spontanée, la tête fémorale, lorsqu'elle est chassée de sa cavité, est, comme chacun sait, entraînée et placée sur la fosse iliaque; le pied se tourne en-dedans; le membre paraît d'autant plus court, que l'extrémité supérieure du fémur est plus remontée au-dessus de sa position normale; et, si l'on ne s'y oppose pas, une nouvelle articulation s'établit sur le point culminant qu'a atteint la tête du fémur. Ce sont là, je le répète, des choses positives et suffisamment rebattues. Mais ce qui est plus important et bien moins connu, c'est la facilité qu'on a d'empêcher cette tête de remonter, ou celle de la faire redescendre quand on s'y prend à temps, et de la fixer par-là dans une meilleure position. c'est surtout le moyen simple de parvenir à ce double but, et qui n'a pas encore été mis en pratique ni même indiqué.

Si, ayant placé sur le dos un individu ou un cadavre bien conformé, vous étendez parallèlement ses deux extrémités abdominales, les deux pieds seront exactement sur le même plan, et les malléoles internes se toucheront. Mais si vous tirez alors sur l'un des deux pieds, vous le ferez descendre et dépasser l'autre d'environ un à deux pouces, de sorte que le membre sur lequel aura eu lieu la traction, vous paraîtra plus long de cette même quantité. C'est que le côté correspondant du bassin aura cédé et se sera incliné sous l'effort de vos mains, tandis que l'autre côté iliaque n'aura pas bougé. Il n'y aura donc plus de parallélisme entre les deux épines antérieure et supérieure de l'iléon, et l'une sera élevée au-dessus de l'autre de tout l'excès de longueur qu'on remarquera dans le membre opposé. Des phénomènes de vitalité, c'est-à-dire l'action en plus ou en moins de muscles qui s'insèrent aux côtés du bassin, amènent souvent aussi ce même résultat. Mais il est surtout important et très-heureux de noter que ce qui s'exécute si aisément à l'une ou à l'autre des extrémités inférieures à l'état normal et sain et par des moyens purement mécaniques et en dehors de l'organisme, s'obtient également avec plus ou moins de facilité sur un membre malade, lorsque l'indication consiste à ramener à la même longueur l'une des deux parties qui s'en trouve écartée. Il suffira, dans ce cas, de se rappeler comment agit le chirurgien pour arriver à ce résultat, et de faire en sorte de remplacer ou d'imiter par un moyen quelconque l'action de ses mains *intelligentes*. Or, celles-ci tirent suivant l'axe du membre qu'il convient d'allonger, et la résistance, sans laquelle ces tractions seraient de nul effet, s'opère essentiellement par le poids du corps et le frottement sur le lit. Mais ce poids et ce frottement seraient insuffisans si le moyen destiné à tirer agissait d'une manière permanente et n'était pas contre-balancé par un autre agent judicieusement répulsif. Il sera donc nécessaire que l'appareil auquel on aura recours, tout en permettant les tractions continues et graduelles sur le pied, réagisse en même temps sur le tronc et le bassin, et repousse ce dernier avec le même degré de force qu'on aura employé pour attirer le pied en sens opposé et le faire descendre. Cette répulsion d'une part, et ces tractions de l'autre, lorsqu'elles sont simultanées, permanentes et graduellement augmentées, auront pour résultat de ramener la tête du fémur vers une position meilleure et plus déclive, si du moins son départ et son expulsion de la

cavité cotyloïde a donné lieu au vice qui nous occupe. Mais s'il s'agit au contraire du raccourcissement d'un membre produit par la simple déviation d'un des côtés du bassin (l'un des plateaux de la balance), la tête du fémur est hors de cause, et c'est sur la région pelvienne qui est trop élevée, qu'il s'agira d'opérer, afin de la ramener au niveau de l'autre. On ne parviendra toutefois à ce résultat qu'autant qu'on agira simultanément et par un mouvement inverse et de répulsion sur le côté du bassin, qui est évidemment plus bas. En d'autres termes, on devra fixer ce côté déclive, tandis qu'on cherchera d'abaisser l'autre qui est plus et trop élevé.

Or, le même moyen peut servir à remédier à ces deux états différens et qui ne se ressemblent que sous un seul aspect, l'apparence du raccourcissement de l'une des extrémités inférieures. Je dis apparence, parce que la longueur des os n'est pas diminuée, et que leurs rapports seuls ont subi des changemens qui leur donnent l'air de s'être rapetissés ou d'avoir grandi.

L'œil le moins exercé aperçoit bien vite la différence de longueur qui existe entre les deux membres; mais le compas ou tout autre moyen de mensuration comparative, décèlent, à part ce racourcissement, d'autres différences bien autrement essentielles, que j'ose appeler *pathognomoniques*, et dont je dois rendre compte avant tout. Je crois ce compte-rendu d'autant plus nécessaire, qu'à ma connaissance ce sujet n'a pas encore été envisagé sous ce point de vue, et qu'il offre cependant au pathologiste et au praticien plus d'un aspect intéressant et utile sous l'important rapport du diagnostic, car il ramène, en effet, celui-ci sur le terrein des sciences exactes, à des proportions mathématiques. Afin que je sois mieux compris, et qu'on puisse aisément vérifier mes assertions, j'engage mes lecteurs à les constater par les trois moyens suivans : 1° en tirant sur le pied d'un individu ou d'un cadavre couché sur le dos, dans le but d'abaisser la région iliaque qui répond à ce même pied; 2° en effectuant sur un cadavre ou un squelette la luxation du fémur; 3° en sciant le col de ce dernier afin de simuler sa fracture, soit qu'on l'envisage comme existant encore à l'état de non-consolidation, ou comme consolidée, mais dans des rapports vicieux. Or, dans cette dernière alternative, le membre est raccourci, les épines iliaques sont au même niveau, mais le compas démontre évidemment que le trochanter se trouve rapproché de la crête iliaque, précisément de tout ce qui est en déficit vers les malléoles; et, de plus, que la distance de ce même trochanter à la ligne médiane n'offre pas de différence notable avec celle du côté opposé. Cette dernière circonstance résulte de ce que le col fémoral, fracturé ou scié, est séparé de sa tête, et qu'il est alors trop court pour pouvoir faire saillir l'éminence trochantérienne, lorsqu'il vient à appuyer sur la fosse iliaque externe. Dans la luxation spontanée, au contraire, le grand trochanter fait une saillie considérable, en dehors de la ligne médiane, et que le compas indique d'un à deux pouces plus étendue que du côté sain. C'est que la tête tient ici à son col, et que ce prolongement angulaire de l'extrémité supérieure du fémur, au lieu d'être en partie enchâssé et perdu dans la cavité articulaire, se trouve tout entier sur la face externe de l'ilium, et y met en relief l'excès de longueur qu'il a acquis par son expulsion hors de la cavité cotyloïde. Ici, du reste, tout comme dans le cas précédent, les deux épines iliaques sont sur le même plan, la protubérance trochantérienne est, de même, sensiblement rapprochée de la crête de l'os des îles, et c'est à ce rapprochement qu'est dû le raccourcissement apparent du membre, ou l'élévation de la malléole correspondant au-dessus de celle du membre sain. Toute la différence topographique, si je puis m'exprimer ainsi, qui existe entre la luxation du fémur et la fracture du col de ce dernier, ne consiste donc uniquement que dans les rapports différens des trochanters, relativement à la ligne médiane. L'écartement est peu changé dans la fracture; il est considérable dans la luxation; et je viens d'indiquer les motifs de cette différence essentielle.

Mais lorsque le défaut de parallélisme des deux malléoles internes est occasionné par l'élévation d'un des côtés du bassin, le compas ne signale aucune différence dans les rapports respectifs des deux grands trochanters, soit avec les crêtes iliaques de l'un et de l'autre côté, soit avec la ligne médiane. On le comprend du reste, puisque rien n'est changé dans la position respective qu'occupent la tête, le col et le trochanter de l'un et de l'autre fémur, et qu'il ne s'agit ici que du déplacement d'un des côtés du bassin. J'ai, d'ailleurs, indiqué (p. 80 de mon ouvrage) le moyen de bien constater cette déviation latérale pelvienne. Mais ce qu'il m'est impossible d'expliquer d'un manière satisfaisante et susceptible d'application clinique, c'est que cette élévation latérale du bassin et l'exhaussement de la malléole qui en est la conséquence, s'observent indifféremment tantôt au côté malade, et tantôt à celui qui n'est pas affecté. Je n'ai pu me rendre raison de ce fait, c'est-à-dire, des contractions musculaires morbides et permanentes sur lesquelles il repose, et, encore moins, de leur inconstance et de leur versatilité (1). Quoiqu'il en soit, on peut résumer et grouper comme suit les principaux caractères des trois genres de raccourcissement que j'ai établis : 1° Lorsqu'une extrémité pelvienne paraît plus courte que l'autre, il faut rattacher ce symptôme à une fracture actuelle ou préexistante du col du fémur, si le trochanter correspondant est plus rapproché de la crête iliaque, et si, comparé avec l'autre trochanter, on trouve qu'il ne s'écarte pas sensiblement de la ligne médiane; 2° On devra attribuer ce raccourcissement à une luxation (spontanée ou autre), si au rapprochement de la crête par le trochanter, se joint son écartement considérable de la ligne médiane: 3° on accusera enfin l'inclinaison latérale du bassin, si le raccourcissement n'est combiné ni avec le rapprochement du trochanter vers la crête de l'os des îles, ni avec son

(1) Nous croyons avoir éclairé cette question dans une lettre adressée à l'Académie des sciences, séance du 3 avril dernier. (*N. du R.*)



écartement de la ligne médiane. Cette inclinaison latérale, lorsqu'elle n'est pas le fait d'une gibbosité rachidienne, est le plus souvent le résultat d'une maladie de l'articulation iléo-fémorale, du moins je ne l'ai rencontrée que lorsqu'il existait actuellement, l'appareil des symptômes qui caractérisent la coxalgie, ou lorsque l'ankylose annonçait assez qu'un mal grave avait sévi précédemment sur l'articulation du fémur avec le bassin. Du reste, je le répète, le raccourcissement qui se manifeste toujours, a son siége tantôt du côté du membre affecté, et tantôt en sens inverse; et ce raccourcissement peut varier et alterner sur le même sujet. L'ankylose, d'ailleurs, a constamment pu être constatée et était complète, lorsque l'affection datait depuis longtemps. Cet état maladif qui, jusqu'ici, a été désigné assez généralement et improprement sous le nom de luxation spontanée du fémur, est loin, en effet, d'offrir toujours le résultat final que présente la sortie de la tête fémorale de sa cavité articulaire. Au lieu de cette luxation, on trouve, au contraire, ordinairement, une adhérence intime des surfaces respectives de l'articulation, une solide ankylose.

Je n'ai pas à m'occuper ici des moyens de faire rentrer la tête du fémur dans les luxations traumatiques ou par cause externe, ni du traitement des fractures du col fémoral. Les indications, pour ces dernières, rentrent dans ce qui est enseigné partout, tant bien que mal, au sujet de ces lésions. Je dirai seulement que le moyen, que j'ai indiqué en exposant mes vues sur le traitement de ces fractures, est précisément celui qui me sert pour remédier aux raccourcissemens qui font le sujet de ce mémoire et qui résultent de la luxation spontanée ou congéniale du fémur et de la déviation du bassin.

L'indication qui se présente dans ces divers raccourcissemens consiste tout simplement à attirer en bas la tête du fémur, si elle a été luxée, ou à faire basculer le côté du bassin qui est trop élevé; et je viens de dire que le même moyen, que j'emploie pour le traitement des fractures du col fémoral, va me servir également pour allonger un membre abdominal qui paraît trop court. Cette coïncidence thérapeutique n'a rien qui doive surprendre; elle est même de rigueur: et j'aurais dû entrevoir sur-le-champ, lors de la publication de mon ouvrage, tout le parti que je pouvais tirer pour abaisser la tête du femur et l'un des côtés du bassin, d'un moyen si supérieur et si facile à manier dans les fractures du col fémoral. Ce moyen est, ainsi que je l'ai déjà dit, celui décrit sous le numéro 12 de mes gouttières, et sous le nom de gouttière bifémoro-tibiale.

Malgré que le sujet soit neuf, je ne puis rentrer dans les détails qu'il comporte, attendu que je devrais reproduire presque textuellement tout ce que j'en ai dit ailleurs, et que ce travail dépasserait, à pure perte, les bornes prescrites par ce journal. Qu'il me suffise d'affirmer, et c'est une prévention en sa faveur, que l'appareil est également d'une heureuse et facile application: 1° dans les contusions graves des régions pelvienne et trochantérienne; 2° dans les coxalgies, avec ou sans suppuration; 3° dans les luxations du fémur et leurs suites; 4° dans les fractures douteuses du col du fémur; 5° enfin dans toutes les lésions du membre abdominal qui réclament, tout d'abord, une position convenable de ce même membre, et où il est de bonne règle que cette position soit peu susceptible de varier, peu gênante, avouée par la théorie, l'expérience et la raison, et remplissant, pour tout dire, en faveur de l'extrémité inférieure, l'office important et indispensable que l'écharpe excerce vis à vis de l'extrémité supérieure dans les circonstances analogues que je viens d'esquisser.

Je dirai, en passant, que si j'ai pu jeter quelque jour sur la matière actuelle, je le dois essentiellement à la connaissance que j'ai faite du nouveau moyen de traiter les fractures des extrémités inférieures. J'ai eu encore dans cette circonstance l'occasion de constater la grande influence sur les doctrines qui ont l'apparition et la découverte d'un instrument quelconque, lorsque ce dernier est bien conçu, judicieux et basé sur des principes d'une facile application. Tel est bien celui auquel j'ai donné le nom d'*hyponarthécique*, et dont l'évidente et indispensable utilité s'est encore accrue depuis que j'en ai proposé la confection avec le fil de fer. Il est généralement admis par les chirurgiens de ce pays. Mais en France...

Apparent rari nantes in gurgite vasto.

M. Munaret de Châtillon est, je crois, le seul qui ait pris chaudement sa défense, et ait eu le bon esprit d'en apercevoir et d'en retirer tous les avantages qui en découlent. Au moyen de cette gouttière l'artiste est heureux de trouver de nombreux points d'appui, propres à varier à l'infini, les directions diverses qu'il peut être appelé à donner à un membre malade, ainsi qu'aux forces dont il dispose. Quand on en connaît le mécanisme, et rien n'est plus facile que de le saisir, on voit à l'instant que les tractions, sur le pied en délicit, s'effectuent au moyen du montant perpendiculaire qui se trouve au bas de la machine en suspension, et que les répulsions concordantes ont lieu par le moyen de l'extrémité supérieure de la gouttière appliquée contre les ischions. Cette application ou cet agent répulsif déploiera son effet sur l'ischion correspondant au pied trop court, si le raccourcissement est l'effet de la luxation, et, au contraire, sur l'ischion opposé, si le défaut de l'allongement provient de l'élévation anormale d'une partie du bassin.

Pour rendre plus sensible cette explication de l'effet mécanique de mon moyen, formulons-le avec les mains, ainsi que j'ai coutume de faire (1) chaque fois que je veux m'éclairer sur un sujet pareil. Soit donc donnée une luxation spontanée, où la tête fémorale est plus ou moins solidement arrêtée au-dessus de la cavité articu-

(1) Voyez page 8 de mon ouvrage précité; article concernant les fractures claviculaires.



laire, et qu'il s'agit de déplacer et de ramener en bas. Si vous tirez sur le pied, sans repousser en même temps le côté correspondant du bassin, vous pourrez bien voir descendre ce pied-là, mais ce sera probablement parce que le côté attenant du bassin, sans avoir changé ses rapports avec la tête du fémur, aura suivi le mouvement imprimé au moyen des tractions. Il y aura donc illusion et déception dans ce prétendu allongement. Mais si, en même temps que vous agissez sur le pied avec une de vos mains, vous soutenez l'ischion qui lui correspond, il est clair que, si le pied descend, ce ne pourra être que parce que la tête, après avoir quitté sa position primitive, se sera rapprochée de la cavité articulaire tout en s'éloignant de la crête iliaque.

Mais s'il s'agit d'un raccourcissement, par suite de l'élévation anormale d'un des côtés du bassin, vous pourriez bien n'obtenir également aucun effet, si vous vous contentiez de tirer tout simplement sur le pied qui semble remonté; tandis que, si vous repoussez en même temps et en sens contraire le côté opposé, vous ne manquerez guère d'arriver insensiblement, et quelquefois très-rapidement, au but auquel vous voulez atteindre; c'est-à-dire à ramener au même niveau les deux malléoles internes, ou pour mieux dire, les deux épines iliaques antérieures.

Si, dans l'une comme dans l'autre supposition vous insistez sur l'effet produit, et si vous maintenez assez longtemps l'appareil en place, il arrivera infailliblement, que, dans le premier cas, la tête du fémur aura eu le temps de se fixer dans une meilleure position, en s'y creusant une articulation nouvelle; et que, dans le second, les muscles auront été forcés et réduits à leur rôle primitif et naturel. On pourra surtout compter sur cet heureux résultat, si on tend à relâcher et calmer les appareils musculaires qui sont en excès d'action, et à raffermir ceux où la force contractile n'est pas en équilibre avec leurs antagonistes.

Dois-je rappeler l'avis précédemment donné, que, pour suivre et constater mes déductions, il convient d'être près d'un cadavre ou d'un squelette, et de mettre ceux-ci dans les conditions que j'ai indiquées. Quant à la mensuration, si nécessaire pour constater le degré d'écartement qui existe entre le trochanter et la ligne médiane, elle doit avoir lieu dans les deux sens de cette même ligne, en supposant que celle-ci passe en même temps entre les deux pubis et la partie moyenne de la convexité du sacrum et du coccyx (le raphé). Dans l'état normal on n'aperçoit en général qu'une petite différence entre la partie centrale du trochanter et la symphise des pubis d'une part, et entre ce même point du trochanter et le raphé d'autre part; puisque le trochanter se trouve à une distance à peu près égale entre le pubis et les apophyses épineuses correspondantes. Cependant, dans l'état morbide, les nuances sont plus tranchées, de sorte que la distance du trochanter au pubis, laquelle, le plus souvent, est moindre que celle de la même apophyse fémorale au raphé, se trouve parfois, au contraire, plus considérable que cette dernière. Il conviendra donc, pour avoir les meilleures données possibles sur cette distance ou cet écartement respectifs, de porter le compas d'épaisseur constamment dans les deux sens indiqués. Il faut pourtant que j'en convienne, il existe plus d'une circonstance qui s'oppose à ce que le compas offre, dans tous les cas, une mensuration facile et très-exacte; le tissu graisseux abondant, une tuméfaction plus ou moins intense, la difficulté de tomber juste sur le point culminant de l'apophyse trochantérienne, sont, par exemple, des obstacles qui peuvent embarrasser un moment. On parvient toutefois à en triompher avec un peu d'attention, et à obtenir des résultats comparatifs suffisans, et qui laissent assez peu à désirer.

Il peut d'ailleurs se faire que la luxation soit compliquée avec l'inclinaison latérale du bassin; mais il sera toujours facile de reconnaître cet état complexe, ainsi que de le combattre simultanément et sans changer de moyen. Pour cet effet, on agira sur le pied seul qui se trouve trop haut, et on abaissera en même temps, par là, la tête du fémur luxée ainsi que la région trop élevée du bassin, si, du moins, celle-ci se trouve correspondre au côté raccourci. Ou bien, on tirera sur les deux pieds à la fois, si la luxation a lieu d'un côté, et l'exhaussement de l'autre.

Ces principes établis, mais surtout compris, rien ne sera plus simple que les appliquer dans chaque cas donné. Si je néglige les détails, c'est qu'ils se présenteront d'eux-mêmes, pour peu qu'on ait suivi ma pensée, qu'on ait contrôlé mes explications en présence du squelette ou du cadavre; et surtout qu'on ait quelque intelligence, du bon sens, ou du moins de la bonne volonté. Il serait d'ailleurs tout à fait inutile et oiseux que je m'étende davantage si le lecteur n'a fait aucun cas des conditions que j'ai réclamées, et s'il ne se soucie pas davantage de faire connaissance avec ce que j'ai avancé aux pages 69 et 65. (1re et 2e parties de mon ouvrage).

Il me suffit, je pense, d'esquisser à grands traits et sous le rapport seul des résultats obtenus, les observations suivantes.

Luxation fémorale; claudication; traitement; demi-guérison.

Obs. I. — Burnand, Samuel, âgé de 21 ans, d'une forte constitution, travaillant, il y a 15 mois, à un ouvrage de terrassement, est enseveli par un éboulement de terre d'où il est retiré ayant entre autres une luxation de la cuisse droite. Transporté à l'hôpital d'une ville voisine, il y reste 4 mois obligé d'user de béquilles dont il s'est servi pendant plus d'une année. Le 4 juillet 1836, il entre à l'hospice de Lausanne, et offre les particularités suivantes. Le membre inférieur droit présente un allongement d'un pouce et demi; la distance prise du grand trochanter à l'épine iliaque antérieure et supérieure, et celle prise du même point à la symphise des pubis n'offrent aucune différence dans les deux membres; mais on remarque un défaut de parallélisme entre les épines iliaques antérieure et supérieure, et un abaissement d'un pouce et demi de celle du côté droit,

ce qui explique l'allongement du pied de ce même côté. L'articulation coxo-fémorale droite est presque ankylosée; elle ne jouit que de mouvemens très-bornés, et encore ceux-ci sont en grande partie l'effet de la souplesse plus considérable des moyens d'union des dernières vertèbres, et le résultat de l'absence presque totale des mouvemens de l'article pendant un long laps de temps.

Le 5 juillet. Cet individu est placé sur l'appareil où l'on exerce des tractions sur le pied gauche, de manière à le ramener au niveau du droit. On y parvient sans beaucoup d'efforts en faisant descendre la crête iliaque correspondante. Les jours suivans on s'applique également à rétablir graduellement quelque mouvement vers l'articulation ankylosée, et portant le membre avec assez de force et alternativement dans la flexion, l'adduction, etc.

Ces moyens sont continués jusqu'au 18 juillet; et le malade voyant alors que ses deux membres sont de même longueur, qu'il ne boîte presque plus, et qu'il a repris suffisamment de jeu dans les mouvemens de la cuisse, est sorti brusquement de l'hospice et à notre grand regret, car il y avait encore à faire et à observer dans ce cas intéressant.

Claudication coxo-fémorale; traitement; guérison parfaite.

Obs. II. — Mary, Marguerite, âgée de 16 ans, est entrée le 14 mars et sortie le 10 avril. Elle avait la même apparence de raccourcissement que Burnand de l'observation précédente, mais en sens inverse. Elle a été traitée d'après les mêmes principes et parfaitement rétablie.

Ankylose fémoro-coxale; ascension du bassin; traitement.

Obs. III. — Challet, Jean François, âgé de 7 ans, d'un tempérament lymphatique, était malade depuis 6 mois, lorsqu'il est entré à l'hôpital le 5 avril 1836. Il avait alors la cuisse droite ankylosée et formant, en dehors un angle droit avec le corps. A cet état se joignaient la réaction des muscles fléchisseurs des deux jambes, une très-grande élévation du côté gauche du bassin, un engorgement considérable de la partie supérieure de la cuisse, des dépôts dépendant de l'affection articulaire, et tous les symptômes du marasme. J'ai suivi ici le conseil de sir Astley Cooper (voyez page 81 de mon livre); et j'ai rompu avec violence et un bruit sourd les adhérences établies entre la tête du fémur et la cavité cotyloïde, adhérences qui fixaient le membre dans une affreuse position et qui eût été incompatible avec toute progression quelconque. Plus tard, j'ai opéré l'abaissement de l'ilium du côté opposé, en faisant et maintenant de fortes tractions sur le pied correspondant, et je suis parvenu, à force de soins prodigués pendant près de 6 mois, à rétablir le niveau des pieds, le parallélisme et les mouvemens des deux cuisses, ainsi qu'à mettre cet enfant à même aujourd'hui de se lever sur un fauteuil, et de s'exercer doucement à la progression au moyen de béquilles.

Luxation spontanée du fémur; abcès à la hanche; appareil extensif.

Obs. IV. — Tétaz, âgé de 12 ans, est à l'hôpital depuis 8 mois, pour une luxation spontanée de la cuisse droite, un dépôt par congestion, des plaies fistuleuses au pourtour de cette articulation iléo-fémorale, un raccourcissement de deux pouces et demi, le genou fléchi, et le pied déjeté en dedans. Ce malade intéressant d'ailleurs par son intelligence et sa douce résignation, souffrait constamment et on ne pouvait le remuer dans son lit sans lui arracher des cris. Mais il s'est trouvé sur-le-champ soulagé, et a pu se remuer en tous sens, dès qu'il a été établi sur l'appareil. C'était d'abord sur la gouttière fémoro-tibiale, décrite à l'art. 11; mais elle ne nous suffisait pas à beaucoup près, et nous dûmes recourir à la bifémoro-tibiale qui nous permit de faire, avec un plein succès, les tractions permanentes indiquées dans ce mémoire', et de ramener le pied à une bonne direction. Cependant au moment où nous nous félicitions d'un résultat aussi heureux, et où nous avions mis de côté toute espèce d'appareil et de liens, nous vîmes reparaître une série de symptômes fâcheux qui annonçaient une recrudescence du mal et qui nous forcèrent à revenir à notre gouttière. Un vaste dépôt se forma bientôt, en effet, au pli de l'aîne. On vint toutefois encore à bout d'enrayer sa marche funeste, et nous nous retrouvons aujourd'hui et au bout de deux mois, au point où nous étions lorsque nous avons renoncé à tout moyen orthopédique. L'enfant commence depuis quelques jours à se lever sur un fauteuil, et à faire impunément des exercices légers et graduellement augmentés dans le genre du petit malade précédent. L'un et l'autre continuent cependant à reposer la nuit sur leur gouttière, et y subir des tractions convenables auxquelles on les soumettra pendant quelque temps encore. Mais hâtons-nous d'ajouter que l'appareil et la position qu'il exige n'ont rien de pénible ni de repoussant, et que ces enfans s'y placent toujours sans répugnance ni aucune réclamation.

Il ne saurait en être autrement; car c'est qu'en effet cette position n'a rien de bien incommode, on s'y fait vite, et le moyen de l'obtenir telle devient bientôt indispensable. Aussi n'arrive-t-il jamais que des malades, qu'on a placés sur cet appareil pour d'autres maux, tels que des affections très-graves du pied, du genou ou de la cuisse, nous demandent de les en débarrasser. Plusieurs fois je leur ai proposé de les placer différemment, en éloignant cette gouttière; mais j'ai constamment éprouvé un refus de la part des enfans tout aussi bien que des adultes. Cela se conçoit aisément, si l'on veut bien réfléchir que l'appareil remplit, exactement ici, les fonctions d'une écharpe, et qu'en pareilles circonstances le chirurgien aurait tort et serait, certes, bien mal reçu s'il en proposait la suppression, lorsqu'il s'agirait de ce même moyen de suspension et de position, appliquée au membre thoracique. Que dirait-on, par exemple, d'un homme de l'art qui, en présence d'un mal grave de l'extrémité acromiale de la clavicule, de la fracture de cet os, d'une affection de l'articulation scapulo-hu-

mérale, de l'humérus, du coude, de l'avant-bras, de la main, d'un doigt même, négligerait de mettre en usage l'écharpe ordinaire, ou qui proscrirait ce précieux moyen, alors que la raison, le bon sens et la nécessité en auraient conseillé l'emploi? Croit-on, par hasard, que la coupable légèreté ou les préceptes insensés d'un tel homme trouvassent des admirateurs, des imitateurs même, quelque haut placé qu'il fût dans la hiérarchie chirurgicale? Sa pratique cruelle ne manquerait certes pas d'être stygmatisée; et elle mériterait d'autant plus d'être vouée au mépris et à l'indignation, si ce même individu était à la tête de quelque grand enseignement clinique. Eh bien! si vous osez repousser encore l'écharpe des membres abdominaux, sans du moins en avoir fait l'essai facile, écoutez la voix du poëte qui vous flétrit en s'écriant :

Mutato nomine de te fabula narratur.

Voici, du reste, un petit travail que M. Lecoultre a bien voulu faire pour moi, et qui, à ma connaissance, n'avait pas encore été entrepris, quoiqu'il puisse offrir quelque intérêt. Il s'agissait de connaître les distances qui, dans l'état normal, existent entre le trochanter d'un côté et la crête iliaque, le raphé, l'épine antérieure et supérieure et la symphise des pubis, de l'autre. Or, ce jeune médecin a noté les résultats suivans que lui a fournis une mensuration exactement faite avec le compas d'épaisseur.

Sur douze hommes, 1° la distance de l'épine iliaque antérieure et supérieure au sommet du grand trochanter a varié de 4 pouces, 2 lignes, à 5 pouces; moyenne, 4 pouces, 8 lignes (mesure de France).

2° La distance, du point le plus élevé de la crête iliaque au sommet du grand trochanter, a varié de 5 pouces, 9 lignes, à 7 pouces. Moyenne, 6 pouces, 5 lignes.

3° La distance, de la partie inférieure du sacrum au sommet du trochanter, a varié de 6 pouces à 6 pouces, 10 lignes; moyenne, 6 pouces, 5 lignes.

5° La distance du trochancher au pubis est assez constamment de 2 à 4 lignes moins considérable que la même distance du trochanter au raphé.

5° La distance d'un trochanter à l'autre a varié de 11 pouces à 11 pouces, 4 lignes; moyenne, 11 pouces, 2 lignes.

6° La distance du pubis à la partie correspondante du sacrum a varié de 4 pouces, 4 lignes, à 5 pouces, 4 lignes; moyenne, 4 pouces, 10 lignes.

Sur 14 femmes, les mêmes distances que dessus, et que j'indique ici sous les mêmes numéros, ont présenté les variantes suivantes :

1° De 3 pouces, 9 lignes, à 4 pouces, 10 lignes; moyenne, 4 pouces, 3 lignes.

2° De 5 pouces à 6 pouces, 1 ligne; moyenne, 5 pouces, 6 lignes.

3° De 6 pouces, 1 ligne, à 7 pouces, 6 lignes; moyenne, 6 pouces, 3 lignes.

4° Comme chez l'homme.

5° De 10 pouces, 5 lignes, à 11 pouces, 5 lignes; moyenne, 10 pouces, 11 lignes.

6° De 4 pouces, 6 lignes, à 6 pouces; moyenne, 5 pouces, 3 lignes.

Les différences d'écartement des divers points du bassin entre eux, abstraction faite toutefois de ce qui concerne les nuances connues du bassin chez les deux sexes, ont, le plus souvent, paru tenir à l'angle plus ou moins obtus que forme le col avec le corps du fémur, qu'au plus ou moins grand évasement du bassin, ou à la hauteur de l'os coxal. M. Lecoultre a du moins été conduit à cette supposition, en observant que chez la plupart des individus soumis à la mensuration plus la distance entre le trochanter et l'épine était considérable, et plus aussi celle entre cette même apophyse et le sacrum était moindre.

Les mesures précédentes ont été prises sur des individus vivans et sur des cadavres; celle qui suit l'a été sur le squelette d'une femme.

1° Du trochanter à l'épine, 4 pouces.

2° Du trochanter à la crête, 5 pouces, 9 lignes.

3° Du trochanter au sacrum, 6 pouces.

4° Du trochanter au pubis, 5 pouces, 5 lignes.

5° D'un trochanter à l'autre, 9 pouces, 9 lignes.

6° Du sacrum au pubis, 4 pouces, 8 lignes.

Voici un second tableau qui résulte d'une luxation du fémur et de la séparation de la tête de cet os, au moyen de la scie, afin de simuler la fracture de son col. Distance avant la luxation et la résection de l'os (toujours d'après la série des numéros admise ci-dessus).

1° De l'épine iliaque au point le plus saillant du trochanter, 4 pouces, 10 lignes.

2° De la crête au même point du trochanter, 5 pouces, 5 lignes.

3° Du sacrum au trochanter, 6 pouces, 8 lignes.

4° De la symphise pubienne au trochanter, 6 pouces, 8 lignes.

5° D'un trochanter à l'autre, 10 pouces, 9 lignes.

5° Du sommet du sacrum au pubis, 4 pouces, 5 lignes.

7° D'une épine iliaque à l'autre, 8 pouces, 9 lignes.

Le membre étant luxé, le compas a indiqué:

1° Du pubis au trochanter, 8 pouces, 1 ligne.

2° Du trochanter au sacrum, 7 pouces, 8 lignes.

3° Mais si le pied est tourné fortement en dedans, l'écartement est moindre.

4° De l'épine iliaque au trochanter, 4 pouces, 2 lignes.

5° De la crête au trochanter, 4 pouces, 10 lignes.

Le membre étant scié, on a :

1° Du trochanter, 7 pouces.

2° Du sacrum au trochanter, 6 pouces, 6 lignes.

3° Partout les mêmes distances qu'à l'état normal, excepté celle de l'épine et de la crête au grand trochanter, laquelle variait suivant que l'os était plus ou moins repoussé au-dessus de la cavité cotyloïde.

La fracture ainsi simulée, j'en ai profité pour démontrer clairement à quelques assistans les avantages qui résultent dans le traitement de cette affection, de la position du membre dans la double flexion. Ainsi, lorsque



l'extension de la cuisse et de la jambe avait lieu, l'épine iliaque était distante de la rotule de 19 pouces, 4 lignes, mais la distance était réduite d'un pouce par l'effet de la flexion de la cuisse sur le bassin; et la distance de l'ischium à la tête du péroné, qui était de 16 pouces, 8 lignes, dans cette extension forcée, n'était plus que de 14 pouces, 5 lignes, dans la flexion.

Il n'est donc pas étonnant, lorsque, par cette position respective du bassin, de la cuisse et de la jambe, tous les muscles extenseurs et fléchisseurs de ces dernières se trouvent ainsi détendus, que le membre entier obéisse au plus léger effort qui tend à l'allonger, le tourner et le fixer. Voyez, par exemple, la rare mobilité de la rotule, quand on a relâché les muscles qui s'y attachent. Or, l'appareil à fracture, dont il est ici question, réalise cette heureuse position tout en permettant des tractions modérées et suffisantes, etc., de plus, des mouvemens précieux dont il faut avoir été témoin pour les apprécier à leur valeur.

Lausanne, ce 25 septembre 1836.

47. — 19 Nov.

Mémoire sur l'inflammation du placenta; par le docteur J. Simpson (1).

Il s'est à peine écoulé quelques années depuis que les pathologistes ont constaté l'existence de l'inflammation du placenta, et, bien qu'il reste encore beaucoup de points de l'étude de cette maladie qui réclament de nouvelles recherches, cependant on peut, je crois, en donner maintenant une description exacte et intéressante en mettant à contribution les observations de cette maladie et les travaux publiés sur ce sujet, par MM. Brachet, Cruveilhier, D'Outrepont, Dance, Strattford et quelques autres auteurs.

La placentite s'offre tantôt sous forme aiguë, d'autres fois et plus fréquemment, avec des caractères chroniques. Elle peut avoir son siége ou dans le parenchyme propre de l'organe, ou dans la membrane qui revêt sa surface interne, ou bien dans celle qui recouvre sa surface fœtale. Et, dans le premier cas, elle peut être bornée à un ou plusieurs lobes du placenta, ou les occuper tous à la fois. Dans un grand nombre de cas l'inflammation paraît avoir passé de l'utérus, où elle existait primitivement, au placenta; dans d'autres, développée d'abord dans le tissu du placenta, elle a paru avoir gagné ensuite celui de l'utérus, et enfin, dans un troisième ordre de faits, elle est restée constamment bornée au placenta.

(1) Ce mémoire est extrait d'un travail dont le premier article a paru dans le 127 numéro (avril, 1836), de *l'Edimburgh medical and surgical journal*. Les faits nombreux sur lesquels il repose, les inductions que l'auteur en a tirées avec habileté et surtout l'état peu avancé de la science sur ce point, sont les motifs qui nous ont engagés à le reproduire aussi complétement qu'il nous a été possible.

Caractères anatomiques de la placentite.

Les lésions observées à la suite de la placentite se rapportent à trois époques différentes: La première comprend la congestion inflammatoire avec épanchement ou sécrétion d'un fluide séreux; la seconde est caractérisée par l'épanchement ou la sécrétion de la fibrine ou lymphe coagulable; et la troisième, par la sécrétion de la matière purulente.

Première époque. Le placenta présente un plus fort volume, une couleur plus foncée que dans l'état normal; il paraît comparativement plus dur et plus résistant au toucher; et, quand l'inflammation approche de la seconde période il se fait un épanchement de sérosité ou de sérosité et de lymphe coagulable, et le tissu de l'organe se laisse facilement déchirer par la pression du doigt. Il est à peu près impossible de distinguer par aucun caractère anatomique spécial cette période de l'engorgement du placenta simple (non-inflammatoire). Et, en effet, il est assez probable que ce dernier engorgement passe quelquefois à l'état inflammatoire. Cependant l'engorgement simple occupe ordinairement la plus grande partie du placenta; celui qui est inflammatoire est souvent borné à un petit nombre de lobes seulement. Le premier amène une extravasation de sang ou de sérosité; le second détermine les divers produits morbides que cause l'inflammation dans les autres organes, et qui sont non point des extravasations mécaniques, mais des sécrétions morbides.

Deuxième époque. Elle est caractérisée par la sécrétion de lymphe coagulable qu'on trouve épanchée ou: 1° dans l'intérieur du parenchyme de l'organe; ou 2° à sa surface utérine; ou 3° à sa surface fœtale.

1° Il n'existe qu'un petit nombre de cas bien authentiques où l'on ait trouvé dans l'intérieur du placenta de la lymphe coagulable épanchée; cependant voici les caractères anatomiques qui, d'après les observations de MM. Brachet et D'Outrepont, appartiennent à ce mode de terminaison de l'inflammation du placenta. Son tissu solide, dur, se rapprochant du tissu pulmonaire hépatisé, a perdu son élasticité et est très-friable. La forme sous laquelle on rencontre plus fréquemment cet épanchement est l'induration jaune-rougeâtre ou grisâtre, et qui est le produit d'une inflammation chronique; c'est l'altération que les accoucheurs connaissent depuis longtemps sous le nom de *squirrhe du placenta*. Mais, outre que cette induration ne présente aucune des conditions qui appartiennent au véritable squirrhe, il est ordinairement facile de reconnaître qu'elle est le résultat d'une inflammation chronique par les causes qui l'ont déterminée et par la facilité de suivre non-seulement dans différens placentas, mais encore dans les différentes parties du même placenta, les divers degrés qui séparent l'hépatisation aiguë de l'induration chronique la plus prononcée.

Les caractères anatomiques de l'induration du placenta offrent de nombreuses variétés suivant les cas individuels et les périodes auxquelles on l'observe. La

couleur varie d'un gris-rougeâtre à un jaune citron. A l'intérieur, la section présente un corps lisse, compact, et le tissu offre quelque ressemblance au tissu lardacé ou graisseux. Sa densité approche quelquefois de celle du cartilage. Elle affecte ordinairement un ou plusieurs lobes, et quelquefois le placenta tout entier. La partie qui en est le siége est quelquefois réunie, mais non constamment, à la portion correspondante de l'utérus par l'inflammation adhésive.

2° L'épanchement de lymphe coagulable à la surface utérine du placenta est surtout connu par l'adhésion plus ou moins intime à laquelle il donne lieu entre les deux surfaces correspondantes de l'utérus et du placenta, et par l'hémorrhagie formidable qui survient quelquefois dans ce cas, après l'expulsion du fœtus.

L'étendue de ces adhérences, leur siége et leur force, offrent de nombreuses variérés. Lorsque le placenta n'est que partiellement adhérent à l'utérus, les parties non adhérentes sont entraînées après la sortie de l'enfant, tandis que les autres restent plus ou moins fermement attachées à la surface interne de l'utérus. M. Ramsbotham a rapporté une série de cas de cette espèce sous le titre de : *Rupture du placenta* (1); et M. Ingleby, dans son excellent ouvrage sur l'hémorrhagie utérine, cite plusieurs faits avec autopsie où le même accident était arrivé. Dans un de ces cas où la femme était morte le onzième jour après sa couche, on trouva encore fortement adhérens au fond de l'utérus, un certain nombre de lambeaux du placenta. Dans un second cas, où la mort était arrivée vingt jours après la couche, on trouva plusieurs petits débris du placenta, noirs et répandant une odeur fétide à la surface interne de l'utérus. Ils ne purent ensuite être détachés par la macération. Dans le troisième cas, une partie du placenta, du volume d'un œuf, tenait fortement au fond de l'utérus, et ne put en être séparée même par la macération. La malade était morte treize jours après sa couche. Dans le quatrième cas, où la mort survint le onzième jour après l'accouchement, M. Ingleby trouva un lambeau du placenta, presque circulaire, adhérent au fond de l'utérus et couvert d'une couche peu épaisse d'un fluide purulent. Dans le cinquième cas il trouva, cinq semaines après l'accouchement, un débris du placenta, de la grosseur d'une noisette, attaché au fond de l'utérus, et offrant par sa couleur rouge et la présence de vaisseaux développés dans son intérieur, quelques signes d'organisation.

La force des adhérences morbides entre l'utérus et le placenta varie suivant le degré d'acuité de l'inflammation et le temps qui s'est écoulé depuis leur formation.

L'épaisseur de la couche de lymphe coagulable qui forme ces adhérences est quelquefois très-considérable. Wrisberg rapporte un cas d'adhérence très-forte et universelle du placenta, où la surface utérine était couverte d'une substance membraneuse, épaisse de deux lignes et demie, dans les intervalles qui séparent les lobes; et d'une ligne et demie à deux lignes sur les points où elle recouvrait les cotyledons. Quelquefois ces adhérences présentent l'aspect des tissus tendineux et cartilagineux, ainsi que le cas précédent de Wrisberg lui en offrit un exemple. Les cas dont je viens de parler et dans lesquels les adhérences malades entre le placenta et l'utérus sont si intimes qu'on ne peut les détruire avec les mains sur le vivant, ni même avec le bistouri sur le cadavre, ne sont certainement pas communs. Cependant on en trouve des exemples remarquables surtout dans Saltzmann, Plater, Morgagni, et, dans ces dernières années, plusieurs cas ont été publiés en Allemagne, par le professeur Nægele, de Heidelberg, et par les docteurs Salomon et Burger; en Angleterre, par le docteur Rigby; en France, par M. Gabillot; et, en Amérique, par M. Porcher, où le placenta adhérent et non sorti de l'utérus a été supposé avoir été entièrement résorbé, ou s'être incorporé au tissu de l'utérus. Madame Boivin a voulu, il est vrai, expliquer les faits rapportés par les docteurs Nægele et Salomon, en supposant que le placenta, réduit à de petites dimensions, avait pu sortir de l'utérus sans être remarqué. Mais cette supposition ne pouvait être appliquée à tous les faits de ce genre.

Beaucoup de pathologistes pensent que l'utérus ne peut absorber dans aucune circonstance un corps aussi volumineux que le placenta. Cependant, si l'on examine avec attention les faits sur lesquels repose cette objection, on reconnaîtra qu'ils sont loin de lui être aussi favorables qu'on pourrait le croire dès le premier abord. Le docteur Salomon a recueilli plusieurs cas rapportés par Bartholin, Carus et Huzard, que l'on peut considérer comme des exemples de l'absorption des parties molles du fœtus de la vache par l'utérus, puisque après la mort on ne trouva dans la cavité de cet organe que les os du fœtus. Ceci paraît arriver vers le terme de la gestation, quand l'utérus n'a pu se débarrasser de ce qu'il contient en raison de quelque obstacle au passage du veau. Les cas de ce genre ne sont pas très-rares. J'ai moi-même deux fois entendu rapporter par des personnes dignes de toute confiance, le fait de l'utérus d'une vache contenant des os de veau. M. King en a rapporté un cas dans le *Vétérinaire* de janvier 1834. Jæger dit avoir trouvé un fœtus réduit au squelette seulement dans la matrice d'une biche. N'a-t-on pas vu aussi chez la femme, dans des cas de grossesse extra-utérine, les os du fœtus être rendus dépouillés des parties molles par le canal intestinal ou toute autre voie? Que sont devenues les parties molles dans ces cas? N'est-on pas réduit à supposer qu'elles ont été absorbées par la surface de la cavité où elles étaient contenues et alors *à fortiori*, doit-on penser que le placenta peut être également absorbé.

3° La surface fœtale du placenta, ou au moins les membranes qui couvrent la surface fœtale de cet organe, peuvent aussi être le siége de l'inflammation adhésive. M. Cruveilhier rapporte un cas où la surface placentaire du chorion était pénétrée par une fausse

(1) Practical observations in midwifery.

membrane; le tissu cellulaire placé entre le chorion et l'amnios infiltré, et le placenta lui-même augmenté de volume et œdémateux. M. Strattford, de Boston, a aussi rapporté un cas intéressant d'absorption au troisième mois de la gestation, où le placenta était volumineux, mol, spongieux et couvert de flocons de lymphe coagulable, surtout sur sa face fœtale. Les membranes de l'œuf étaient plus épaisses et plus opaques que dans l'état normal, et le liquide de l'amnios contenait une certaine quantité de flocons jaunes.

Troisième période. Elle est caractérisée par la sécrétion des matières purulentes, qui peut occuper divers points du placenta et la déposer sous différentes formes. Dans un cas mentionné par M. Brachet, il y avait, au-dessous de la surface fœtale du placenta, deux abcès circonscrits, ayant chacun la grosseur d'un œuf de pigeon. Dans un autre cas, le même auteur trouva un abcès occupant les trois quarts de l'étendue du placenta, faisant une saillie à la surface fœtale et contenant un verre de matière purulente mêlée de sang. Dans un troisième cas, il trouva un certain nombre de petits abcès, depuis la grosseur d'un petit pois jusqu'à celle d'une noix parsemés dans tout le placenta, et entourés de tissus hépatisés. M. Cruveilhier a observé plusieurs cas où tout le placenta était infiltré de matière purulente et offrait un certain degré d'induration.

Dance rapporte un cas où l'on trouva un dépôt de matière purulente à la surface utérine du placenta, chez une femme qui était morte dans les premiers mois de la grossesse. Il y avait entre le placenta et l'utérus une couche de pus concret qu'on pouvait soulever avec le dos du scalpel, et il existait des concrétions pseudo-membraneuses blanchâtres entre la membrane caduque et la surface interne de l'utérus. Le même auteur rapporte un autre cas qui avait été précédé de fièvre et de symptômes inflammatoires, et où l'on trouva une couche de lymphe coagulable et de matière purulente déposée non à la surface de l'utérus comme dans le cas précédent, mais à la surface fœtale du placenta, entre le chorion et l'amnios. M. Breschet dit, dans son travail sur l'œuf humain, avoir observé deux cas analogues au premier des deux précédens.

Dans la plupart des cas d'inflammation du placenta publiés jusqu'ici, on n'a reconnu la maladie qu'à l'époque de la délivrance; et il est rare que l'on ait recherché avec quelque soin, soit la cause qui l'avait produite, soit les symptômes qu'elle avait déterminés. Nous n'avons donc que des documens fort incertains sur cette partie de l'histoire de la placentite; cependant ces documens, tels qu'ils sont, ne sont pas sans intérêt et sans importance, considérés sous le point de vue pratique. J'ai donc choisi vingt des cas les plus complets rapportés par MM. Brachet, Ramsbotham, Strattford, d'Outrepont et Dance, afin de pouvoir les comparer et les analyser avec fruit. Si je me suis borné à ces cas, c'est qu'ils sont les seuls qui m'aient offert assez de détails pour qu'ils fussent de quelque valeur pour les recherches que j'avais en vue.

Causes de la placentite.

M. Brachet range au nombre des causes excitantes de cette phlegmasie les coups reçus sur le ventre, les chutes, les violentes commotions, la frayeur, les émotions, toutes les sensations vives et profondes et les maladies de la mère, mais surtout la métrite et les autres maladies inflammatoires. En effet, si nous examinons les cas qu'il a rapportés, nous en trouvons quatre où la maladie s'est développée sous l'influence d'émotions morales ou de chagrins très-vifs. Dans les autres cas, la maladie a été produite par des chutes, des coups sur l'abdomen, l'action trop forte du corset. Dans un des cas du docteur Ramsbotham, où un coup avait été reçu par la femme sur la partie antérieure de l'abdomen, il est dit ensuite que le placenta était fortement uni à la paroi antérieure de la surface interne de l'utérus. Je signale ce fait spécialement, parce que Santorple et Venzel pensent que, quand le placenta est fixé sur la paroi antérieure de l'utérus, il contracte souvent des adhérences morbides, circonstance que d'Outrepont dit avoir également observée, et qu'il semble facile d'expliquer en supposant que le placenta, dans cette situation, est plus exposé à l'action des causes physiques qui peuvent déterminer la placentite, soit directement, soit indirectement, en occasionnant d'abord l'inflammation des parties correspondantes des parois utérines.

Symptômes de la placentite.

Les symptômes qui accompagnent la placentite doivent nécessairement varier suivant que la maladie est plus ou moins aiguë, suivant son siége et l'étendue qu'elle occupe, et surtout suivant qu'elle est compliquée de l'inflammation de la portion contiguë des parois utérines. Le symptôme le plus fréquent que détermine cette maladie, c'est la *douleur* ou des douleurs dans les régions utérines ou lombaires, et qui est loin d'offrir la même intensité, le même caractère et la même durée. Dans presque tous les cas de placentite, dont l'histoire a été recueillie avec quelque soin, on a observé la douleur dans les régions utérine et lombaire. Cependant, comme ce symptôme a manqué dans quelques cas, et comme il se rencontre aussi dans d'autres affections de l'utérus, on ne peut le considérer comme pathognomonique. On ne doit pourtant point le négliger, comme le font, à tort, beaucoup d'accoucheurs anglais, parce qu'il se rencontre dans quelques cas où le placenta n'est pas adhérent; car l'adhérence du placenta n'est que l'une des différentes altérations que produit l'inflammation de cet organe; et si, dans ces cas, on l'examinait toujours avec attention après son expulsion, on trouverait souvent quelqu'une de ces altérations dans son tissu ou dans ses membranes.

Lorsque, sous l'influence de quelqu'une des causes que nous avons signalées, il survient de la douleur dans les lombes ou dans la région de l'utérus, on peut penser avec quelque assurance qu'elle est causée par l'in-

flammation du placenta : je crois même que ce serait alors l'occasion d'appliquer avec avantage l'auscultation au diagnostic de cette maladie ; car si nous trouvons que le siége de la douleur corresponde avec le point où se fait entendre le souffle placentaire, on pourra croire que la douleur se lie à l'inflammation du placenta.

En consultant le tableau des vingt cas de placentite dont j'ai déjà parlé, je trouve que dix sept fois les malades se sont plaintes de douleurs dans la région de l'utérus ou dans les lombes. Dans l'un des trois cas restant, la malade s'est plainte d'un sentiment de tiraillement dans la région lombaire ; dans un autre, il est dit seulement que la santé de la malade était altérée depuis deux mois; et enfin, dans le troisième, il est dit positivement qu'il n'y avait point eu de douleurs utérines.

Quant au caractère de la douleur, il paraît avoir été extrêmement variable ; dans quelques cas elle était constante; et dans d'autres rémittente ; chez l'une des femmes elle augmentait aussitôt qu'elle quittait la position horizontale ; chez deux elle devenait plus intense pendant la nuit. Enfin l'un des sujets éprouvait une diminution notable de cette douleur quand elle se couchait sur le ventre.

Dans le plus grand nombre des cas, la douleur se développa un petit nombre d'heures, ou, au plus tard, deux ou trois jours après l'action d'une des causes signalées, et continua généralement depuis cette époque jusqu'à la fin de la gestation. Dans un cas elle fut diminuée, et dans deux enlevée complétement par la saignée.

M. Cruveilhier paraît avoir observé comme symptôme presque constant dans plusieurs cas d'inflammation suppurative du placenta une espèce de mouvement fébrile continu avec exacerbation le soir, et précédé dans quelques occasions d'un frisson. Le docteur Burns (1) décrit une espèce de fièvre qu'il dit avoir observée vers le milieu de la grossesse, et qui paraît lui avoir offert à peu près les mêmes caractères que ceux de la maladie décrite par M. Cruveilhier. Elle débute subitement comme un accès de fièvre intermittente régulier, prend bientôt les caractères de la fièvre hectique, et offre quelque analogie avec la fièvre rémittente des enfans. Cette maladie, dit le docteur Burns, est très-opiniâtre et se termine fréquemment par l'avortement.

Le professeur Wilde (2) regarde aussi comme symptôme de l'inflammation du placenta une fièvre légère avec forte chaleur ; et, quand l'inflammation se termine par suppuration, la malade éprouve en outre une sensation de tiraillement avec des frissons et une pesanteur douloureuse dans la matrice et dans les cuisses, et qui est plus forte lorsqu'elle marche ou se tient debout. Le même auteur dit que dans la placentite l'urine coule quelquefois goutte à goutte et avec une douleur aiguë, et que, quand la maladie se termine par induration ou hépatisation, les douleurs utérines locales sont quelquefois accompagnées d'un abondant écoulement blanc et irritant par le vagin.

En considérant les différens symptômes que nous venons de mentionner et qui ont tous été attribués à la placentite, on reconnaît qu'il serait difficile et même qu'il est impossible, dans l'état actuel de la science, de déterminer exactement ceux qui appartiennent à l'inflammation du placenta proprement dit, et de tenir compte de l'influence que doit avoir sur eux l'inflammation de la paroi contiguë de l'utérus, qui complique souvent la placentite. Pour arriver à quelque chose d'exact sur ce point, il faudrait un bien plus grand nombre de cas que ceux qui ont été observés jusqu'ici. Cependant je crois devoir faire observer que sur les vingt cas d'inflammation du placenta que j'ai réunis, dans deux où la maladie paraissait être bornée principalement à la surface fœtale de cet organe, les douleurs caractéristiques étaient très-intenses, tandis que dans le seul cas où il n'y a point eu de douleurs, l'inflammation occupait la surface utérine du placenta et de ses membranes, et le tissu de l'utérus lui-même fut trouvé ramolli à l'autopsie. La douleur locale paraît aussi cesser après le travail et l'expulsion du placenta malade.

L'adhérence morbide du placenta et de l'utérus, qui est le résultat de l'inflammation adhésive entre leurs surfaces contiguës, détermine presque constamment, outre quelques-uns des symptômes que nous avons énumérés ci-dessus, un écoulement de sang, plus ou moins abondant, qui survient à chaque contraction utérine après la sortie de l'enfant ou même pendant son expulsion. Les exceptions à cette règle générale sont très-rares ; cependant dans les cas rapportés par Wrisberg, Désormaux et M. Ramsbotham, ou le placenta était complétement adhérent, il ne pouvait y avoir d'hémorrhagie. Le docteur Hamilton (1) a aussi rapporté un exemple d'une autre forme d'adhérence morbide, qui n'a point été annoncée par une hémorrhagie ; dans ce cas, le centre du placenta était à l'état normal, mais sur toute sa circonférence cet organe était, dans la largeur d'un pouce environ, fotrement adhérent au tissu de l'utérus.

Effets de la placentite sur la mère.

L'inflammation adhésive du placenta à l'utérus expose souvent la mère à un grand danger au moment de l'accouchement ou à la suite, par l'hémorrhagie abondante qu'elle occasionne, ou par les phénomènes graves que produit le placenta lorsqu'il reste en totalité ou en partie dans la matrice, et qu'il détermine une fièvre lente presque toujours funeste. Les rapports annuels de l'Hospice de la Maternité de Londres, pour les années 1828, 29, 30 et 31, publiés par le docteur Ramsbotham,

(1) Principles of midwifery (1836).

(2) Ryan's medical and surgical journal, vol. 6.

(1) Practical observations on various subjects relating to midwifery (1836).



dans les 3ᵉ, 5ᵉ, 7ᵉ et 9ᵉ volumes de la *Gazette médicale de Londres*, nous fournissent une preuve bien positive de la fréquence et de la gravité des accidens qu'entraîne, pour la mère, l'inflammation du placenta. D'après ce rapport, il paraît que, pendant les années indiquées, 8,967 femmes ont été accouchées dans la partie de cet hospice qui est confiée aux soins immédiats du docteur Ramsbotham. Sur ce nombre il y en a eu 67, c'est-à-dire une environ sur 134, chez lesquelles il a été nécessaire d'introduire la main pour pratiquer l'extraction du placenta qui était retenu dans la matrice, soit par des adhérences morbides, soit par l'utérus ou l'irrégularité des contractions de cet organe. Sur ces 8,967 femmes, 45 sont mortes et 13 ont succombé aux effets directs de l'adhérence du placenta à l'utérus; en d'autres termes, sur 689 femmes il y en a eu une qui est morte par l'effet de cette terminaison de l'inflammation du placenta.

L'inflammation du placenta est aussi une source fréquente de dangers, même pendant le cours de la grossesse; elle altère la santé et détermine souvent l'avortement ou un travail prématuré. Ainsi, sur les vingt cas d'inflammation du placenta dont j'ai déjà parlé, dans sept il y a eu ou avortement ou accouchement prématuré; et dans plusieurs de ces cas l'époque de la grossesse, où le travail a commencé, n'est pas indiquée. Aussi, d'après ces cas, et ce que j'ai observé ailleurs, je suis convaincu que l'inflammation du placenta est une cause bien plus fréquente d'avortement et de maladie pour la mère pendant la grossesse, qu'on ne le croit communément. Tous les accoucheurs savent qu'à la suite de l'avortement il arrive très-souvent que le placenta reste pendant plusieurs jours, ou des semaines entières, dans l'utérus. N'avons-nous pas quelques motifs de soupçonner que, dans ces cas, il y a eu inflammation du placenta ou de la surface contiguë de l'utérus, et, par suite, des adhérences morbides entre ces deux organes.

Effets de la placentite sur le fœtus.

L'inflammation du placenta est quelquefois funeste pour le fœtus tandis qu'il est encore dans la matrice. Le professeur Wild dit, en énumérant les symptômes de cette maladie, que les mouvemens de l'enfant deviennent de plus en plus faibles et finissent par cesser complétement, circonstance qui a été observée dans deux des cas rapportés par M. Brachet, et dans deux autres de Mauriceau.

L'importance des fonctions, que remplit le placenta pour le fœtus, suffit pour faire comprendre comment l'inflammation de cet organe peut tuer l'enfant ou le réduire à l'état de marasme, dans lequel étaient les trois enfans dont on a parlé M. Brachet; il est d'ailleurs évident par l'absence de lésions chez deux des sujets qui ont succombé, et par la facilité avec laquelle deux autres prirent de l'embonpoint et de la force, lorsqu'ils eurent été confiés aux soins d'une bonne nourrice, que leur état ne dépendait point d'une condition pathologique qui leur fût propre, mais bien au contraire de l'état morbide du placenta et du désordre de ses fonctions. Dans ces cas l'inflammation du placenta était chronique, et la désorganisation qu'elle déterminait ne s'était faite que très-lentement, et une portion, plus ou moins considérable de cet organe, avait continué à remplir ses fonctions. Quand l'inflammation est plus aiguë ou plus étendue, le fœtus peut être tué très-rapidement et avant que sa nutrition paraisse avoir été altérée. C'est ce qui semble être arrivé dans le cinquième cas de M. Brachet, où l'enfant né mort vers huit mois et demi, offrait le volume et le poids qu'il devait avoir. Les trois quarts du placenta étaient occupés par un vaste abcès qui, d'après l'historique de la maladie, devait être de formation récente.

Il y a une autre série d'effets produits sur le fœtus par l'inflammation du placenta ou au moins des membranes qui recouvrent la surface externe du placenta, et que l'étendue, qu'a déjà acquis ce travail, m'obligera de n'indiquer que très-sommairement: je veux parler des connexions morbides établies par l'inflammation adhésive entre la surface interne du placenta et quelque partie du corps du fœtus, connexions qui entraînent chez ce dernier des difformités dues au déplacement ou à l'arrêt de développement des organes où elles existent.

Paul Portel est le premier des auteurs anciens qui ait rapporté un exemple distinct de cette espèce de monstruosité: mais, depuis le commencement du siècle, huit cas au moins de difformités de ce genre chez des fœtus, qui ont présenté en naissant une adhérence intime de la surface interne du placenta avec la tête ou la face, ont été publiés par différens auteurs. En outre, j'ai eu moi-même l'occasion d'observer trois exemples de cette espèce curieuse de monstruosité, l'un au musée de l'hôpital Guy, un autre à celui de l'université de Londres, et le troisième dans la collection anatomique du Collége de médecine de Londres.

Depuis quelques années on a cité plusieurs exemples de fœtus difformes nés avec le placenta adhérant directement ou au moyen d'une membrane aux parois de l'abdomen. Moi-même, j'ai observé dans plusieurs collections cinq cas de ce genre.

Je ne crois pas que l'on ait observé de cas d'adhérence du placenta à la tête chez les animaux; mais le professeur Gurlt, de Berlin, (1) en a décrit plusieurs où les membranes étaient adhérentes à l'abdomen chez le veau, l'agneau et le chevreau. Dans tous ces cas, l'épine et le corps de l'animal étaient contournés comme cela a lieu également dans la même espèce de difformité chez l'homme. Dans quatre des cinq cas que j'ai vus chez le fœtus humain, le corps était plus ou moins complétement doublé sur lui-même, et dans trois cas l'un des côtés du corps était moins développé que l'autre.

Traitement de la placentite.

Le traitement de l'inflammation du placenta diffère

(1) Lehrbuch der pathologischen anatomie der haus-saugethiere.

peu, dans l'état actuel de la science, de celui de la plupart des autres maladies inflammatoires. Pendant longtemps la saignée générale, répétée ou non, suivant les circonstances, avec quelques-uns des autres moyens antiphlogistiques, a été employée avec succès par les médecins, dans le but de combattre les divers symptômes directs et sympathiques, locaux et constitutionnels que j'ai voulu, dans les recherches précédentes, rattacher à l'inflammation du placenta comme à leur cause immédiate et prochaine. Si je suis arrivé à démontrer que l'inflammation du placenta était réellement la cause de ces accidens, je dois avoir, en même temps démontré l'utilité de ce traitement, puisque nous n'avons aucun motif de ne pas appliquer aux maladies de cet organe, les moyens que l'observation et l'expérience nous ont appris être utiles dans les maladies analogues d'autres parties du corps. D'après le même principe, nous croyons que les applications de sangsues et les autres moyens évacuans et sédatifs seront employés avec succès dans le traitement préservatif des formes les plus ordinaires de l'avortement et de l'inflammation du placenta, qui en est si souvent la cause. Nous pensons même que, si la nature du cas ou l'opiniâtreté des symptômes l'exigent, on se trouvera bien d'appliquer des vésicatoires ou des contre-irritans au voisinage de l'utérus, ainsi qu'il a déjà été recommandé par quelques praticiens américains (1) dans le traitement des cas où l'avortement semble imminent.

Les recherches précédentes ont l'avantage de montrer que la mort si fréquente du fœtus et l'avortement qui en est la suite, dépendent primitivement et le plus souvent d'un état morbide du placenta, et que, dans beaucoup de cas, cet état pathologique n'est point au-dessus des ressources de l'art; si, en outre l'adhérence du placenta est, ainsi que je crois l'avoir démontré, le résultat de l'inflammation et ordinairement d'une inflammation chronique de cet organe, il paraît naturel d'espérer qu'en surveillant attentivement les premiers symptômes et le développement de cette inflammation, on pourra, par l'emploi des moyens indiqués, arrêter la maladie dès son début, détourner ou au moins diminuer la source principale du danger le plus grand auquel les femmes enceintes sont exposées; conserver à la vie une foule d'enfans qui sont enlevés dès les premiers mois de leur existence, et diminuer l'une des causes principales de la mortalité.

N° 48. — 26 Nov.

Mémoire pour servir à l'histoire du délire, des convulsions et de l'épilepsie, déterminées par le plomb et ses préparations ; par V. Nivet, interne des hôpitaux, membre titulaire de la société anatomique.

Si l'on parcourt les ouvrages qui ont été écrits sur les maladies saturnines, on s'aperçoit que les auteurs se sont beaucoup occupés de la colique saturnine; que quelques-uns ont décrit incomplétement la paralysie, mais qu'aucun d'eux n'a parlé d'une manière spéciale des maladies qui font le sujet de ce mémoire.

Verdriés (*De convulsionibus specialim quatenùs à remediorum mercurialium et saturninorum abusu provocantur, Giessæ*, 1732) a publié, il est vrai, un ouvrage sur les convulsions occasionnées par les préparations saturnines; mais il nous a été impossible de nous le procurer dans les bibliothèques publiques de Paris.

Dans ces derniers temps (1834), M. Tanquerel Desplanches a fait sur la paralysie saturnine une thèse aussi complète qu'il est possible dans l'état actuel de la science, ce qui nous dispensera de parler de cette maladie.

Nous examinerons successivement ;

1° L'historique, la nature et les causes des maladies saturnines;

2° La céphalalgie, le délire et les convulsions;

3° L'épilepsie et le coma;

4° Les altérations pathologiques rencontrées chez les individus morts pendant la durée d'une maladie saturnine;

5° Enfin le traitement.

PREMIERE PARTIE.

§ 1. Historique.

Il est douteux que le père de la médecine ait voulu indiquer la colique de plomb dans le passage cité par quelques auteurs.

Celse paraît avoir connu les effets nuisibles des préparations saturnines.

Mais Dioscoride est le premier qui ait parlé d'une manière assez détaillée des symptômes de la colique, et qui ait fait mention du délire et de la paralysie produits par les préparations de plomb (*Mentis alienatione et motûs difficultate*).

Galien et Paul d'OEgine n'ont rien ajouté à la description de Dioscoride.

Avicennes semble avoir connu les attaques d'épilepsie, car il parle de malades qui présentaient de l'écume à la bouche (*Spuma in ore*).

Crato, de Krafthein, qui vivait en 1582, nous a transmis l'histoire d'une certaine colique causée par des vins falsifiés. Cette affection se terminait en paralysie (Tanquerel). Mais il n'est pas certain que cette maladie ait été produite par les préparations de plomb.

On ne peut conserver aucun doute sur la nature des coliques suivies de délire, de convulsions, de contractures et de paralysies, décrites par Gockelius en 1696, et qui furent presque toutes suivies de mort.

Cet auteur a bien constaté que l'épidémie qu'il a observée était le résultat de l'usage des vins falsifiés par la litharge.

Plus tard, les dissertations et les traités sur la colique saturnine se sont succédé avec rapidité. Notre intention n'étant pas de donner un historique complet des affections saturnines, mais seulement de signaler les

(1) Jackson american journal of the med. sciences, n° 4.

auteurs qui, les premiers, ont parlé du sujet qui nous occupe, nous renvoyons aux ouvrages de Gardane, de MM. Mérat, Tanquerel Desplanches, et à l'article Bibliographie du Dictionnaire en 25 volumes (Voyez *Colique saturnine*), ceux qui désireraient avoir de plus amples renseignemens. Mais avant de quitter ce sujet, nous croyons devoir dire quelques mots d'un assez grand nombre de coliques compliquées, de délires, de convulsions et de paralysies, produites par des causes autres que les préparations de plomb.

Ainsi Paul d'OEgine décrit dans ses articles *colique* et *épilepsie* une colique épidémique suivie de convulsions, d'épilepsie et de paralysie ; mais il ne dit pas qu'elle reconnût pour cause l'usage de préparations saturnines.

Aetius, Arétée, Avicennes, ont reproduit la même description sans éclairer le diagnostic de la cause.

A une époque plus rapprochée de nous, Citois, Huxam, Grosbuis, Luzuriaga, Droet, Bonné, etc., ont décrit aussi une colique semblable, et qui, dans beaucoup de cas, a paru se développer à la suite de l'ingestion de vins acides et verts, de bière ou de cidre mal préparés, de fruits non-mûrs, etc.; tandis que, dans d'autres cas, on l'a attribuée à l'influence de nuits très-froides succédant à des journées très-chaudes.

Quant à Tronchin, il a réuni dans son ouvrage la colique des peintres de Poitou et de Madrid.

§ II. Nature des affections saturnines.

On s'accorde généralement pour placer les maladies occasionnées par les préparations saturnines parmi les empoisonnemens. Mais on ne trouve pas le même accord, lorsqu'il s'agit de déterminer sur quelles parties les combinaisons du plomb portent leur action, et quelle est la nature des maladies qu'elles causent. Dans l'état actuel de la science, nous croyons que l'on doit ranger ces affections dans deux catégories différentes.

La première renferme les cas dans lesquels une forte dose de préparation de plomb soluble ou insoluble *dans l'eau*, est mise en contact avec une surface vivante. Une inflammation locale se développe et l'absorption n'a pas lieu. On peut rapprocher cette action de celle du calomel administré à dose purgative, ou de celle du sublimé corrosif appliqué en quantité assez considérable sur une surface absorbante, pour provoquer une inflammation qui s'oppose à l'absorption ou la diminue. C'est à cette première catégorie de faits que se rapportent les expériences de MM. Orfila et Canuet sur les animaux. L'emploi du minium comme escarrhotique nous présente encore un exemple de cette manière d'agir des préparations saturnines.

2° Dans la seconde catégorie nous rangerons les maladies qui paraissent produites par les préparations de plomb absorbées et portées dans le torrent de la circulation; toutes les circonstances sont favorables à l'absorption, les muqueuses, la peau, ne se trouvent en contact dans chacun de leurs points qu'avec une dose très-minime de particules saturnines; la surface absorbante n'est point enflammée, comme nous le démontrerons plus tard, et, s'il ne faut que des expériences pour achever de convaincre, nous citerons celles de Tiedemann et Gmelin qui ont trouvé de l'acétate de plomb dans les veines mésaraïques des animaux auxquels ils avaient fait avaler de cette substance. (Thèse de M. Grisolles, Paris 1835, n° 189.)

Ce métal une fois absorbé, va porter son action sur les systèmes nerveux ganglionnaire et encéphalique, mais ce dernier paraît moins sensible à son action. Nous comparerons cette manière d'agir du plomb à celle du sublimé qui, donné à dose altérante, produit la salivation, ou, mieux encore, à celle des vapeurs mercurielles qui, au bout d'un temps plus ou moins long, occasionnent des tremblemens mercuriels.

A cette seconde catégorie se rapportent les maladies nombreuses observées chez l'homme : les coliques, les crampes, les douleurs névralgiques, le délire, les convulsions, l'épilepsie, l'état comateux et la paralysie qui surviennent chez les individus qui ont été exposés pendant un temps variable à l'action des préparations de plomb.

Nature de la colique saturnine.

On a renoncé depuis longtemps aux théories des anciens, et deux opinions se disputent aujourd'hui le champ de la victoire; mais il faut convenir que le nombre des auteurs qui rangent la colique et les autres maladies saturnines parmi les inflammations, diminue tous les jours. La majorité des médecins de notre époque place ces affections parmi les névroses.

Nous allons d'abord exposer les raisons qu'on a fait valoir en faveur de la nature inflammatoire de la colique et après les avoir réfutées nous exposerons l'opinion que nous avons adoptée.

A. M. Canuet défend sa manière de voir en faisant remarquer : 1° que la constipation ne détruit pas l'idée d'une phlegmasie, puisque Pinel a observé que dans les inflammations des muqueuses la sécrétion est d'abord supprimée.

2° Que l'inflammation n'est pas toujours accompagnée de fièvre.

3° Que la douleur dans la colique de plomb augmente dans plusieurs cas par la pression.

4° Enfin que dans beaucoup de cas il existe des altérations du tube digestif qui annoncent l'existence d'une gastro-entérite.

M. Palais a développé beaucoup plus la première de ces propositions. Il dit, en effet, que, si la constipation persiste plus longtemps que dans une entérite d'une autre nature, c'est que dans la colique de plomb l'inflammation est portée au plus haut degré, et par cela même capable d'entretenir une constriction de plus longue durée. (Palais, page 80.)

Nous commencerons par répondre à ce dernier argument : 1° que si la maladie qui nous occupe est une phlegmasie très-intense du tube digestif, nous avons droit d'être étonné qu'il n'y ait pas de fièvre et que la

douleur, dans la grande majorité des cas, ne soit pas augmentée par la pression; 2° nous ajouterons qu'il est vraiment merveilleux que le contact des substances irritantes, des drastiques, loin d'augmenter l'inflammation, la constipation et la douleur, fasse cesser ces accidens et provoque des garde-robes liquides.

Aux autres propositions nous objecterons qu'il existe bien, en effet, quelques phlegmasies chroniques circonscrites qui ne déterminent point de fièvre, mais qu'il est sans exemple qu'une phlegmasie intense de tout le tube digestif ait existé sans avoir été accompagnée de ce phénomène.

Si quelquefois dans la colique le pouls est fréquent et la douleur augmentée par la pression, ce n'est pas l'exception qui doit servir de règle, et il est bien plus raisonnable dans ces circonstances d'admettre qu'il y a complication de gastro-entérite et quelquefois aussi de phlegmasie d'un autre viscère, car on a rencontré des pneumonies chez des personnes mortes pendant la durée d'une colique de plomb. (Obs. XXIV de M. Mérat; III° de M. Martin, ou VII° de M. Andral.)

Enfin nous démontrerons plus loin que dans la grande majorité des cas le tube digestif est sain ou ne présente que de légères altérations cadavériques.

B. Les auteurs, qui rangent la colique saturnine parmi les névroses, font valoir les raisons suivantes en faveur de leur opinion : 1° la constipation peut bien exister au début d'une inflammation de la membrane muqueuse intestinale, mais elle fait bientôt place à la diarrhée; ce qui n'a pas lieu dans la colique saturnine grave abandonnée à elle-même. Nous avons vu la constipation durer pendant plus de dix jours et ne cesser qu'après l'administration d'un lavement purgatif.

2° Les vomissemens ne prouvent pas qu'il y ait phlegmasie de l'estomac, car il n'existe pas de gastrite dans les cas où le vomissement est déterminé par l'émétique, injecté dans les veines, et, lorsque la digestion est troublée par un bain chaud; les chlorotiques, les individus qui ont éprouvé une commotion cérébrale vomissent aussi quelquefois, et cependant personne n'a attribué ces vomissemens à une gastrite; le vomissement seul n'est donc pas une preuve décisive.

3° Dans le plus grand nombre des cas il y a absence de fièvre, le plomb conserve son rithme normal. Dans un relevé de trente-quatre observations de coliques saturnines, recueillies en 1835, dans le service de M. Martin Solon, à l'hôpital Beaujon, le pouls était naturel chez trente-un malades.

Chez les individus observés par M. Grisolles, le pouls a varié entre 48 et 84 pulsations.

4° La douleur est un des signes de plegmasie sur lequel plusieurs auteurs ont beaucoup insisté, mais sa nature aurait dû faire renoncer à l'idée de l'existence d'une inflammation.

Dans la gastro-entérite aiguë ou chronique, la douleur augmente par la pression. Dans la colique des peintres elle est à peine modifiée, souvent même elle est diminuée par une pression forte et prolongée.

Sur les trente-quatre cas de colique, dont nous avons déjà parlé, la douleur n'a été augmentée par la pression que chez huit malades.

Nature des accidens qui parraissent avoir leur siége dans le système nerveux encéphalique.

M. Canuet, ne prenant en considération que les altérations cadavériques qu'il a trouvées sur un petit nombre d'individus morts dans ses salles, a admis l'existence d'une inflammation de l'encéphale ou des méninges chez les personnes qui présentent du délire ou des attaques d'épilepsie. Mais si M. Canuet avait pris la peine de faire le relevé des autopsies publiées avant lui, il aurait vu que souvent il n'existe aucune altération, et il en aurait conclu que celles qu'il a rencontrées n'appartiennent pas nécessairement à la maladie, puisqu'elle peut exister sans elles, mais qu'elles sont ou des effets ou des complications des affections saturnines.

Nous ne pouvons pas non plus admettre avec M. Palais que les douleurs des membres, les crampes, les contractions, les convulsions, le délire, les attaques d'épilepsie et la paralysie, soient des phénomènes sympathiques de l'affection abdominale, car cette gastro-entérite, qui produit des troubles généraux si grands, a disparu le plus souvent lorsqu'on fait l'autopsie.

D'ailleurs, comme le dit très-judicieusement M. Grisolles, la paralysie persiste lorsque la colique est guérie, et par conséquent lorsque la source de la sympathie se trouve tarie.

Nous regardons toutes les maladies, dont nous venons de parler, comme étant des troubles nerveux produits par l'action directe du plomb sur l'axe cérébro-rachidien et les nerfs de la vie de relation, et nous les rangerons parmi les névroses.

Si nous cherchons à rapprocher les affections saturnines des maladies produites par d'autres causes, nous serons obligés de choisir ces dernières parmi les névroses. (Epilepsie. Voyez l'art. diagnostic.)

Nature de la paralysie.

En abordant cette question, nous n'avons nullement la prétention de la résoudre définitivement, mais seulement d'appeler sur elle l'attention des observateurs.

Je doute fort que l'opinion de ceux qui comparent la paralysie déterminée par le plomb à celle qui est le résultat d'une encéphalite ait jamais grand crédit; nous ne croyons pas non plus qu'elle soit l'effet d'une apoplexie séreuse, car elle ne serait pas bornée comme elle l'est quelquefois à un filet nerveux.

Mais on peut encore donner deux autres explications :

1° Elle est le résultat d'une apoplexie nerveuse, d'un état de stupeur du système nerveux produit par une action spéciale du plomb.

2° Ou bien elle est produite par l'épuisement du système nerveux occasionné par les douleurs excessives dont les nerfs sont souvent le siége.

La première théorie est applicable à tous les faits; la seconde ne permet pas d'expliquer les cas de paralysie survenus sans douleurs antécédentes.

Si nous examinons la question sous le point de vue pratique, nous pourrions établir les propositions suivantes :

1° Les préparations saturnines portent plus souvent leur action sur le tube digestif que sur le système nerveux de la vie de relation.

2° Cependant la colique de plomb est fréquemment compliquée de crampes ou de douleurs dans les membres.

3° La myotilité est plus souvent affectée que la sensibilité.

4° Le plomb et ses combinaisons déterminent des névralgies, des douleurs, des perversions de fonction du système nerveux.

5° Dans d'autres cas ce sont des paralysies, mais très-rarement ces dernières sont complètes.

Nous avons évité, pendant le cours de la discussion, d'indiquer les noms des auteurs qui sont favorables à l'opinion que nous avons adoptée, il nous semble qu'il devrait toujours en être ainsi, car des noms ne sont pas des preuves; cependant, lorsque des hommes, connus par l'exactitude de leurs observations et des conclusions qu'ils en tirent et par la justesse de leur jugement, ont étudié avec soin un sujet, on peut invoquer leur opinion pour combattre, par des noms célèbres, l'autorité de ceux qui sont d'une opinion contraire. Si l'on consulte les ouvrages de MM. Andral et Mérat, l'article *Colique de plomb* du *Dictionnaire* en vingt-cinq volumes, les leçons de MM. Serres et Ranque (thèse de Lapomerais), nous verrons que ces auteurs, ainsi que la plupart des médecins les plus distingués de notre époque, pensent que la colique de plomb n'est pas une maladie de nature inflammatoire.

Nous partageons entièrement l'opinion de M. Andral, qui conclut de ses observations que la colique saturnine est une névrose dans laquelle paraissent particulièrement lésés le prolongement rachidien et les plexus abdominaux du grand sympathique. (*Clinique médicale*, t. II, p. 244. An 1834.)

C'est à regret que nous nous voyons obligé de citer, parmi les auteurs qui rangent la colique, dont il est question, parmi les phlegmasies du tube digestif, l'un des hommes les plus célèbres de notre époque. M. Broussais, en embrassant la science dans son ensemble, s'est quelquefois laissé entraîner, par ses idées sur l'irritation inflammatoire au-delà de la vérité. D'ailleurs ce savant pathologiste a eu rarement l'occasion d'observer par lui-même les maladies qui nous occupent, ce qui ôte à son opinion beaucoup de la valeur qu'elle aurait sans cette circonstance.

§ III. DES DIFFÉRENTES MANIÈRES D'AGIR DU PLOMB SUR L'HOMME ET SUR LES AUTRES ANIMAUX.

Si nous examinons la manière d'agir du plomb chez les animaux soumis aux expériences, nous voyons, peu de temps après l'application de l'une des préparations de ce métal à la surface du tissu vivant, survenir des phénomènes qui annoncent une inflammation de ces tissus. A l'autopsie, on trouve des altérations cadavériques qui démontrent l'existence d'une phlegmasie, mais on n'a jamais vu survenir dans ces expériences ni délire, ni convulsions, ni attaques d'épilepsie, ni paralysie.

Si l'on observe au contraire ce qui se passe lorsque l'homme est soumis à l'action des préparations de plomb, on verra que ce n'est que lorsqu'il a été exposé pendant longtemps à leur action, que les coliques et les autres maladies saturnines se manifestent; et ce qui prouve que le plomb ne détermine ces maladies qu'après avoir été absorbé, c'est que, quelle que soit la surface par laquelle ce métal ait été absorbé, que ce soit par la peau dénudée ou recouverte de son épiderme, ou par la muqueuse pulmonaire, presque toujours le plomb porte d'abord son action sur le tube digestif, et ce n'est pour ainsi dire que lorsque le système nerveux abdominal est saturé, qu'il agit ensuite sur l'encéphale et les nerfs de la vie de relation.

Ajoutons encore, à l'appui de la théorie de l'absorption, que les surfaces en contact avec le plomb ne présentent le plus souvent aucune trace d'inflammation.

Les animaux placés dans les mêmes circonstances que l'homme sont exposés comme lui à la paralysie et probablement aussi aux convulsions (Trousseau).

§ IV. CAUSE DÉTERMINANTE DES MALADIES SATURNINES.

Beaucoup de praticiens s'étonnent que le même agent puisse produire des affections morbides différentes, et ce n'est pas sans éprouver quelques doutes que l'on indique la suppression de la transpiration ou un refroidissement subit comme étant une cause déterminante d'angines, de bronchites, de péricardites, de pleurésies, que l'on regarde plusieurs affections nerveuses, la folie, l'hytérie, l'épilepsie, la catalepsie, les palpitations du cœur, comme pouvant être occasionnées par une émotion morale vive.

Sans doute que dans un certain nombre de cas il existe, soit dans les organes, soit dans les liquides de l'économie, un état particulier accidentel ou congénial qui peut avoir de l'influence sur le développement de la maladie, mais nous croyons que fréquemment les causes que nous venons d'indiquer ont suffi pour la produire. D'ailleurs on devrait être un peu moins sceptique lorsqu'on voit la même cause, le plomb et ses composés, donner lieu à des maladies bien différentes, sinon sous le rapport de la nature et du siége, du moins sous celui des symptômes. Des coliques, des crampes, des douleurs névralgiques, du délire, des convulsions, l'épilepsie, un état comateux et la paralysie, peuvent reconnaître pour cause l'action des préparations saturnines.

Nous serons obligé d'indiquer en même temps les causes de la colique saturnine, que nous n'avons pourtant pas l'intention de décrire, car elles sont les mêmes que celles des autres accidens.

Nous examinerons successivement dans cet article :

A. Les professions qui exposent le plus aux maladies saturnines ;

B. Les préparations qui les déterminent le plus souvent ;

C. Les tissus à la surface desquels l'absorption s'effectue.

A. *Professions.*

1° Au premier rang on doit placer les personnes qui travaillent à la préparation de la céruse et du minium, les peintres et les broyeurs de couleurs.

Si l'on consulte les relevés, on trouve bien peu d'exemples de coliques survenues chez les ouvriers qui, dans les manufactures de produits chimiques, préparent les chromates et les acetates de plomb, ce qui tient sans doute a ce qu'ils ne sont pas continuellement occupés à ce genre d'occupation.

2° Les ouvriers qui travaillent aux mines de plomb, au plomb laminé, au plomb de chasse, aux caractères d'imprimerie, aux rafineries d'argent; les potiers d'étain et de terre, les fabricans d'émaux, de verres, de faïence, de porcelaines, les cartiers, les chaudronniers et ouvriers en papiers peints, sont plus rarement atteints.

3° Enfin ce n'est que dans des cas très-rares que les pharmaciens, les chimistes, les facteurs d'orgues, les imprimeurs, les ciseleurs, les chapeliers, les marchands de couleur, les épiciers, sont atteints de maladies saturnines graves;

4° Mais il est des circonstances dans lesquelles un ou plusieurs individus éprouvent des accidens qui sont le résultat de l'ingestion du plomb dans le canal alimentaire. Nous nous en occuperons plus loin.

B. *Des différentes préparations de plomb.*

1° Tous les auteurs modernes s'accordent pour dire que le plomb purifié et non oxidé ne peut déterminer aucun accident; il n'en est pas de même des différens minerais desquels on extrait ce métal, et surtout des oxides qui se forment pendant la fusion et la réduction. Vilson, Stockusen (Samuel), Henckel ont observé souvent chez les ouvriers qui travaillent dans les mines de plomb, des coliques, du délire, des convulsions et des paralysies. 2° La poussière grisâtre qui se forme à la surface du plomb fondu ou réduit en lames minces et exposé à l'air, n'est pas sans inconvénient. Cette poussière est formée par un mélange d'oxide et de carbonate de plomb. C'est en dissolvant cette couche de carbonate, que l'eau qui séjourne dans des vases en plomb ou qui a coulé sur des terrasses couvertes de lames de ce métal, devient très-dangereuse. Tronchin à Amsterdam, Wanstroostwyk à Harlem, ont attribué à cette cause les nombreuses coliques saturnines qu'ils ont observées. Van-Swieten (édition latine, année 1769, tome III, page 357), a vu une famille entière atteinte de coliques saturnines suivies de paralysie, parce qu'elle s'était servie, pour préparer ses alimens, d'une eau qui avait séjourné dans des vases en plomb.

Les expériences de MM. Merat et Barruel ont démontré que l'eau qui a séjourné dans les vases dont nous venons de parler, renferme une assez grande quantité de carbonate acide de ce métal. (Thèse de Cannet).

Enfin Percival rapporte qu'il est arrivé des accidens saturnins dans une verrerie à des ouvriers qui avaient bu de la bierre qui avait fermenté dans des réservoirs de plomb. (Canuet).

3° Les protoxides de plomb qu'on désigne dans le commerce sous les noms de massicot et de litharge, sont aussi dangereux que les substances dont nous venons de parler. Les ouvriers qui sont le plus exposés à leur action sont les individus qui, dans l'exploitation des mines, travaillent à leur préparation, ceux qui s'occupent de la coupellation de l'argent, les peintres et les broyeurs de couleurs.

La litharge a souvent été employée en outre pour adoucir les vins acides; nous avons déjà parlé d'une épidémie de coliques avec délire et paralysie, observée par Gockel. Zeller, Weisman et Weffer, cités par Kœnig, ont publié des faits semblables.

Gardane, dans ses recherches sur la colique saturnine, raconte que Bourdelin, docteur régent, apprend tous les ans, dans ses cours de chimie au Jardin des Plantes, qu'ayant été appelé dans un faubourg de Paris pour une colique qui paraissait épidémique, il crut reconnaître la cause dans la litharge avec laquelle on avait adouci les vins. Deux marchands de vins furent victimes de leur propre fraude (Gardane). Leroux rapporte aussi un exemple analogue qui n'est pas moins curieux (*Méd. prat.* tom. IV, page 259.) Bartholin a observé une épidémie semblable en 1775 dans un faubourg de Paris (M. Grisolles). M. Tanquerel Desplanches prétend que le beurre, dont la cupidité des campagnards a quelquefois augmenté le poids par l'addition de litharge, a produit quelques paralysies. Nous doutons fort que ce fait soit exact, car l'examen le plus superficiel suffit pour faire reconnaître cette fraude.

4° Le minium, d'après quelques auteurs, est plus nuisible que la céruse; nous ne possédons aucun fait qui démontre l'exactitude de cette assertion. Parmi les malades atteints d'épilepsie saturnine, un seul travaillait au minium.

5° Carbonate de plomb. Ce sel, qu'on connait dans le commerce sous le nom de blanc de plomb ou de céruse, est une des préparations qui déterminent le plus grand nombre des coliques et des épilepsies observées à Paris. Parmi les 34 malades qui ont été traités dans les salles de M. Martin-Solon en 1835, 30 étaient ouvriers au blanc de céruse.

Dans l'espace des huit années qui ont précédé, 285 ouvriers cérusiers ont été traités à l'hôpital Beaujon; il n'y eut que 32 peintres ou broyeurs dans le même intervalle de temps (Grisolles).

Parmi le 21 personnes atteintes d'épilepsie et dont nous donnerons le résumé, 13 étaient occupées dans une fabrique de carbonate de plomb.

Vandermonde, dans l'ancien *Journal de Médecine,*

cite plusieurs cas d'empoisonnement par du pain cuit dans un four qui avait été chauffé avec du bois de treillage couvert de céruse ; deux des individus affectés succombèrent. (Année 1760, tom. XIII, page 159.)

6° M. Canuet rapporte dans sa thèse l'observation d'un peintre qui, après s'être servi pendant trois jours de chromate de plomb, fut atteint de colique et d'épilepsie saturnines.

7° Les acétates de plomb pris à l'intérieur ont quelquefois été la cause de maladies du même genre.

M. Chomel a vu à la Charité une jeune fille qui, ayant avalé une cuillerée à bouche de sous-acétate de plomb liquide, fut prise d'une colique saturnine bien caractérisée. D'après le même auteur, l'acétate neutre a produit les mêmes effets chez un phthisique auquel on avait administré ce sel, pendant quelques semaines, à la dose de 24 grains par jour.

Van-Swieten, James, Trolles, cité par Kemme, Fizeau, ont observé des faits analogues.

Tissot raconte que trois phthisiques qui prenaient de l'acétate de plomb furent atteints de colique et de paralysie saturnines.

M. Tanquerel Desplanches, à qui nous empruntons cette citation (Voyez sa thèse), a publié dans le *Journal hebdomadaire* (9 juillet 1836) l'observation d'un jeune homme, atteint d'hypertrophie du cœur, qui fut mis à l'usage de l'acétate neutre de plomb, le 4 août 1834. On en prescrivit d'abord trois grains, et plus tard la dose fut portée à 24. Cette dernière quantité fut continuée depuis le 18 jusqu'au 22 août. A cette époque le traitement fut suspendu, parce que le malade présentait les symptômes d'une colique de plomb bien caractérisée.

Après la guérison de cette première colique (septembre), on reprit l'usage du sel de Saturne, qui fut porté à la dose de 30 grains, et continué pendant quelque temps. Une nouvelle colique fut le résultat de ce traitement, et pendant sa durée on vit survenir une paralysie complète des muscles des membres supérieurs avec exaltation de la sensibilité et émaciation des parties paralysées. Cette maladie s'est terminée par la mort le 14 novembre 1834. (Voyez plus loin l'art *Anatomie pathologique*).

8° Nous parlerons plus loin de l'action des topiques qui renferment des préparations saturnines autres que celles que nous venons de passer en revue.

C. *Des surfaces absorbantes.*

L'absorption peut se faire à la surface des muqueuses ou à la surface de la peau.

1° Absorption à la surface de la muqueuse du tube digestif.

Lorsque les préparations saturnines introduites dans le tube digestif sont à l'état liquide ou mélangées aux alimens, elles se trouvent d'abord en contact avec la muqueuse buccale avant d'arriver dans l'estomac. Les altérations des dents, la nature de l'enduit qui les recouvre, le goût de plomb dont se plaignent plusieurs cérusiers, doivent nous porter à penser qu'une absorption assez active a lieu dans la bouche chez des individus occupés à la préparation du carbonate de plomb. Et cependant on observe très-rarement des stomatites chez les ouvriers affectés de colique saturnine.

Les nombreux exemples que nous avons rapportés en parlant des vins frelatés par la litharge, de l'acétate de plomb et de l'eau qui a séjourné dans des vases en plomb, prouvent jusqu'à l'évidence que l'absorption des préparations de plomb peut avoir lieu à la surface de la muqueuse gastro-intestinale.

2° M. Chomel pense que la muqueuse pulmonaire est le siége d'une absorption très-active, et que c'est surtout par cette voie que pénètrent les préparations saturnines chez les peintres et les ouvriers qui préparent la céruse. En effet, pendant que ces individus respirent un air chargé de molécules saturnines, un grand nombre de ces particules doit s'arrêter dans les fosses nasales et à la surface de la muqueuse pulmonaire, où elles sont dissoutes et absorbées.

Nous n'admettons pas, avec M. Palais, que l'absence de bronchite prouve que l'absorption n'a pas lieu par la muqueuse pulmonaire, pas plus que l'absence de stomatite ne démontre que les préparations qui nous occupent ne sont pas absorbées dans la bouche.

C'est sans doute aussi par la muqueuse pulmonaire que l'absorption a dû se faire chez l'individu cité par M. Louis. Ce malade fut pris de colique de plomb après avoir couché dans un appartement peint à neuf (Grisolles).

M. Leroux a observé des faits semblables. (*Loc. cit*).

3° Verdelhan, ancien médecin de la Charité, a vu la femme d'un plombier être prise de fortes coliques et de douleurs à la matrice, pour avoir fait usage d'une chaufferette allumée de charbon mêlée de scories de plomb (Mérat).

Absorption à la surface de la peau.

Si l'on fait attention aux cas excessivement nombreux dans lesquels l'application de topiques, renfermant des préparations de plomb, n'a pas occasionné la colique des peintres, on sera tenté d'élever des doutes sur l'exactitude des observations, dans lesquelles on attribue à l'absorption cutanée les maladies qui ont suivi l'usage des topiques dont nous venons de parler.

Mais on peut répondre : *a* Que l'acétate de plomb a été administré à l'intérieur à assez haute dose et dans un très-grand nombre de circonstances, sans que des accidens en soient résultés. Que l'on consulte les expériences de MM. Fouquier et Barbier, et l'on se croira presqu'en droit de nier l'absorption à la surface de la muqueuse gastro-intestinale; cependant il est bien démontré aujourd'hui que l'absorption des préparations de plomb dans le tube digestif est très-réelle.

b Si l'on prend en considération les avantages qu'on retire quelquefois de l'emploi des onctions mercurielles sur la peau et la salivation qui le suit ; si l'on fait attention aux résultats bien différens qu'on obtient, sui-



vant qu'on applique un emplâtre de vigo ou un emplâtre de diachylum, sur une peau qui va se couvrir de pustules varioliques, on sera porté à admettre l'existence de l'absorption cutanée. Nous croyons inutile de reproduire ici les expériences favorables à cette opinion, elles sont consignées dans tous les ouvrages de physiologie.

c Sans doute que la présence de l'épiderme rend l'absorption cutanée beaucoup moins active et moins constante que celle qui a lieu à la surface des membranes muqueuses; mais nous pensons que, si l'on peut se refuser à admettre l'existence de l'absorption cutanée comme étant une chose démontrée, on doit avouer que la question est encore indécise.

d D'ailleurs les faits négatifs, quelque nombreux qu'ils soient, ne détruisent point les faits affirmatifs que nous allons énumérer.

MM. Chomel et Blache, dans l'article colique du Dictionnaire en vingt-cinq volumes, rapportent que Wall a vu une colique saturnine survenue à la suite de bains de jambes, répétés deux fois par jour, dans une solution d'acétate de plomb, continués pendant dix jours. (Wall, *Trans. of London collect. phy.*, t. III, p. 435).

Percival cite aussi plusieurs cas de coliques et de paralysies saturnines survenues par suite de l'emploi de l'extrait de saturne à l'extérieur. (Grisolles).

Wedekind parle d'une colique causée par un emplâtre où il entrait du plomb.

Dans l'observation de Brambila, la maladie avait été causée par un cosmétique renfermant une préparation saturnine. (Mérat).

M. Martin, dans sa thèse (1829, n° 117), raconte que M. Roux a traité une demoiselle pour une colique saturnine, determinée par l'application extérieure d'eau de Goulard.

§ V. CAUSES PRÉDISPOSANTES.

Les causes, qui prédisposent aux affections encéphaliques qui sont l'objet spécial de ce mémoire, sont peu connues. Beaucoup de personnes et surtout celles qui sont placées à la tête des manufactures de céruse ont remarqué que les ivrognes, les ouvriers dont la nourriture est malsaine et insuffisante, et ceux qui négligent les soins de propreté, sont plus exposés aux maladies saturnines graves que ceux qui sont sobres, d'une bonne constitution et dont l'alimentation est saine et abondante. Nous croyons, d'après les faits qui sont venus à notre connaissance, que les personnes qui travaillent au plomb, sont d'autant plus souvent affectées d'accidens cérébraux et abdominaux graves, qu'elles manient plus fréquemment les préparations de plomb, qu'elles vivent au milieu d'un air chargé d'une plus grande quantité de molécules saturnines, qu'elles restent plus longtemps exposées à l'action de cette cause. Si déjà elles sont atteintes des premiers symptômes des coliques des peintres, ou qu'elles ne soient pas complétement guéries d'une colique dont elles ont été traitées, le maniement des préparations de plomb est souvent suivi de délire, de convulsions, d'épilepsie ou de paralysie.

Le traitement des coliques antécédentes ne nous a paru exercer aucune influence sur le développement des accidens cérébraux, lorsque la maladie avait été tout à fait guérie; nous sommes d'accord sur ce point avec M. Thomas. (Thèse sur la thorascopie).

La cause déterminante agit quelquefois avec tant d'intensité que les accidens encéphaliques ou la paralysie surviennent pendant la durée de la première colique. On a observé beaucoup de faits de ce genre dans les épidémies de coliques occasionnées par le vin falsifié; l'observation 10 de ce mémoire est un exemple du même genre.

§ VI. DES AFFECTIONS SATURNINES QUI PARAISSENT AVOIR LEUR SIÉGE DANS LES NERFS DE LA VIE DE RELATION.

Comme le relevé des observations de colique de plomb, que nous avons recueillies à l'hôpital Beaujon, nous a donné des résultats qui sont à peu près les mêmes que ceux que M. Grisolles a déjà publiés, nous renvoyons nos lecteurs à sa thèse ainsi qu'à l'excellent article de MM. Chomel et Blache sur la colique saturnine.

Nous ne parlerons pas non plus de la paralysie saturnine; ce sujet ayant été traité très-longuement dans la thèse de M. Tanquerel Desplanches.

Avant de nous occuper des autres accidens, nous croyons devoir indiqur la fréquence d'un symptôme qui accompagne souvent la colique de plomb et qui est relaté dans la plupart des auteurs allmemands. (Zeller et Weismann, Gockel, Stockausen Werner, Ilsmann, Kœnig, etc.) Je veux parler de la dyspnée qui est indiquée tantôt sous le nom d'*asthma*, tantôt sous celui de *respirandi difficultate*.

Ce phénomène s'observe assez souvent, car nous l'avons noté quatorze fois.

1° *Crampes fourmillemens, picottemens et douleurs dans les membres.* Ces symptômes compliquent asses fréquemment la colique de plomb. Nous avons rencontré le fourmillement et les picottemens des pieds, dix fois: les crampes dans les jambes, douze fois. Les douleurs dans les membres existaient aussi chez douze malades.

Nous n'avons noté les crampes dans les extrémités supérieures que trois fois; et, chose singulière, tandis que les douleurs et les crampes s'observent plus rarement dans les bras, la paralysie atteint plus fréquemment les membres thoraciques que les membres abdominaux.

2° *Douleurs dans les lombes.*

Sont-elles l'effet d'une névrose de la partie inférieure de la moelle, ou d'une névralgie des plexus lombaires? Il est des faits qui sont favorables à l'une et à l'autre de ces théories. Les communications qui unissent le grand sympathique de l'abdomen aux branches du plexus lombaire sont-elles pour quelque chose dans la production de ces douleurs? c'est ce que nous ne chercherons pas à décider. Toujours est-il que les douleurs lom-

baires sont un phénomène qu'il n'est pas rare de rencontrer.

3° M. Duchesnes (thèses de 1827, n. 48) cite une observation de *sciatique*, recueillie par M. Prus dans les salles de M. Lherminier, qui fut attribuée à l'action des préparations de plomb.

Nous avons observé un cas semblable, et M. Grisolles en a vu deux.

Nous avons rencontré chez un seul malade des douleurs vives qui paraissaient avoir leur siége dans les articulations, mais il n'existait du reste ni gonflement ni douleur au niveau de ces parties.

4° Les *douleurs avec ou sans contraction du crémaster*, qui ont leur siége dans le cordon testiculaire, se sont manifestées chez trois de nos malades seulement. Nous ne reviendrons point ici sur la nature de ces diverses affections; nous avons déjà dit que nous pensons qu'elles doivent être rangées parmi les névralgies.

Bibliogrophie de la partie historique des causes et de la nature.

Dioscoride, texte latin, année 1598, édition de Saracenus.

Alexipharmaca, page 410, chap. XXII.

Paul d'Ægine; édition latine, année 1546.

Lib. III, chap. XLIII et XIII.

Lib. V, chap. LXI.

Avicennes; Venise, 1582.

Lib. III, fen. XVj. tract. III, cap. 6.

Lib. I, fen. II, doct. II.

Lib. IV, fen. vj, tract. I, cap. 4.

Gockel; année 1696. *Ephemérides des curieux de la nature.* Dec. III, année IV, obs. XXX.

Gardane. *Conjectures sur l'électricité et recherches sur la colique de plomb;* Paris, 1768.

Merat. *Traité de la colique métallique;* 2e édition, Paris, 1812.

Voyez la bibliographie de l'article colique de plomb du *Dictionnaire* en 25 volumes.

Observations sur la ponction de la poitrine, pratiquée pour remédier aux divers cas d'épanchement pleurétique. Extrait du mémoire adressé à l'Académie royale de médecine, par M. Faure, professeur à l'hôpital militaire de Strasbourg.

J'ai lu, dans le n° du 22 octobre de votre journal (1), un article qui contient des assertions contre lesquelles je crois devoir réclamer. Il s'agit d'un mémoire *sur la ponction de la poitrine pratiquée pour remédier aux divers cas d'épanchement pleurétique*, mémoire sur lequel M. Bouillaud a fait à l'Académie de médecine un rapport qui me paraît fort loin d'exprimer ce que je crois juste et conforme aux saines doctrines médicales.

Je dois dire d'abord que, depuis le premier mot de ce travail jusqu'au dernier, je suis resté fidèle au titre que je viens de rapporter, et que je me suis efforcé de faire voir que la ponction de la poitrine pouvait devenir utile dans les cas d'épanchement dont il s'agit. M. Bouillaud répond à cela qu'il vaut mieux prévenir les épanchement de la poitrine, que de les guérir. — Mais lorsqu'ils existent? — En faisant des saignées coup sur coup, ou quatre saignées en 24 heures pour remédier aux inflammations thoraciques, on prévient toujours, dit-il, les épanchemens dans la cavité des plèvres, ou on les fait disparaître. Comme M. Bouillaud assure qu'il a toujours obtenu ce résultat à l'hôpital de la Charité, je dois invoquer, contre ces prétendus succès, le témoignage de tous les médecins qui liront ce journal.

Dans les pleurésies les plus exemptes de complications, les saignées répétées, qu'on était dans l'usage de pratiquer avant M. Bouillaud, ne mettent pas toujours à l'abri des empyèmes ou des hydrothorax. Les pleurésies ne sont pas toujours simples; elles ne sont pas toujours évidentes, ni les seules maladies qui puissent donner lieu à de telles collections de liquide dans la poitrine. Les individus qui en sont pris ne sont pas toujours jeunes, robustes, sanguins, pléthoriques, ou dans un état qui comporte la saignée.

Je redoute si peu la lumière pour ce que j'ai écrit à ce sujet à l'Académie de médecine, que j'aurais voulu que vous eussiez pu le publier en entier. Vos lecteurs auraient jugé de quel côté se trouvait la raison, je dirai même la bonne foi, car l'exaltation des idées aveugle quelquefois au point qu'on semble ne plus en avoir.

M. Bouillaud dit, entre autres choses plus ou moins convenables que « *si j'avais employé tous les moyens » propres à opérer la résolution de l'épanchement* (pleu- » rétique), *je n'aurais pas réduit mes malades à la dure » nécessité de subir la ponction de la poitrine.* Or, le principal et presque l'unique moyen d'opérer cette résolution, ce sont, vous le savez bien, les saignées coup sur coup; car il dit bien que j'ai saigné mes malades, mais pas assez. Or, Voyons si leur état eût permis à M. Bouillaud lui-même de verser leur sang en plus grande abondance.

Obs. I. — Le premier malade, nommé Joseph Guillaume, soldat au 28e de ligne, était entré à l'hôpital le 25 janvier 1832, atteint de gastro-entérite avec affection du côté gauche de la poitrine. Il fut saigné en conséquence, c'est-à-dire plus qu'un autre, car j'ai coutume d'employer la saignée contre les affections aiguës du canal intestinal, et encore plus contre les inflammations aiguës de poitrine. Mais, ne prévoyant pas que j'aurais un jour à répondre aux attaques de M. Bouillaud, à propos de ce malade, et ne publiant cette observation que sous le rapport de l'empyème, je n'ai pas tenu note exacte des onces de sang que je lui ai fait tirer, ni du nombre des sangsues appliquées, ni du jour et de l'heure où ces émissions sanguines ont eu lieu. Cet homme ne se rétablit pas, parce qu'il avait des ulcérations dans l'intestin grêle. Au mois de mai, après avoir eu longtemps le

(1) Sociétés savantes, t. XI.

cours de ventre, il était ascitique. Le tintement métallique ayant été entendu dans le côté gauche de la poitrine, on pratiqua la ponction du thorax comme moyen palliatif, à cause de l'extrême oppression qu'éprouvait le malade. On retira plus de trois litres d'un pus blanc jaunâtre, etc. M. Bouillaud, sans rien savoir des évacuations sanguines qui, dans le principe, avaient été pratiquées à ce malade, dit qu'il n'a pas été assez saigné. Encore moins s'enquiert-il des topiques révulsifs qui ont été mis en usage.

Obs. II. — Le deuxième malade est le nommé Prévot, jeune soldat, d'une forte constitution, qui se trouvait depuis un an à l'hôpital Saint-Eloi de Montpellier, dans un état d'imbécillité, sans proférer aucune parole. Ses fonctions digestives se faisaient d'ailleurs régulièrement, et il avait même acquis de l'embonpoint. Au commencement de juin 1832, la respiration devint gênée et obscure du côté droit, latéralement et antérieurement : une légère infiltration des jambes et quelques pétéchies annonçaient chez lui une disposition au scorbut, maladie qui avait atteint dans l'hiver de 1832 un certain nombre de malades dont plusieurs avaient succombé. Malgré cette circonstance, la chaleur de la peau, la vivacité du pouls, l'état des forces permettaient de prescrire une saignée explorative de 8 onces, qui fournit un sang pâle et séreux.

Le 15 juin. Ce malade fut soumis à l'examen de Delpech, qui ne pensa pas plus que les autres personnes raisonnables qui le virent à réitérer la saignée.

Le 25. On pratiqua la ponction de la poitrine pour des raisons de diagnostic que je ne veux pas répéter ici. Douze onces d'un liquide rouge, écumeux et fumant s'échappent avec une espèce de sifflement par la canule. On borne l'écoulement à cette quantité ; le malade guérit. M. Bouillaud aurait-il voulu qu'on le saignât coup sur coup ? Il devrait nous dire à quelle époque.

Obs. III. — Le troisième malade est Sarrieux (Gaudent), soldat au 47e de ligne, entré à l'hôpital le 28 décembre 1832 pour une indisposition ; il fut atteint, le 11 janvier 1833, d'une variole confluente qui parcourut régulièrement ses périodes. Il dut être saigné dans le principe, parce que tel est mon usage, lorsque la réaction est considérable. Le 7 février, voyant que la convalescence ne s'établissait pas, on ausculte ce malade et on trouve qu'il n'y a pas le moindre bruit respiratoire dans tout le côté droit de la poitrine, si ce n'est à la partie supérieure, en avant et en arrière où il était peu percevable. La percussion rendait un son mat. Tout fut mis en usage pour opérer la résolution de cet épanchement : mais nous ne saignâmes pas le malade coup sur coup. Le 25, rien n'ayant réussi, il fut ponctionné au lieu d'élection. On tira trois litres et un quart d'une sérosité roussâtre. Ce malade fut soulagé et vécut jusqu'au 26 mars, c'est-à-dire 15 jours de plus qu'il n'eût fait sans l'opération. Qu'y a-t-il donc à blâmer dans les soins que nous lui avons donnés ?

Obs. IV. — Le quatrième malade est un nommé Castaing, soldat du 47e de ligne, qui entra à l'hôpital le 15 février 1833 dans le service des blessés, atteint d'une ophthalmie aiguë, qui, traitée d'abord par le tartre stibié à haute dose, que le malade ne peut tolérer, céda plus tard à une saignée et à l'application d'un séton à la nuque. On allait faire sécher le séton, quand il se déclara une fièvre intense suivie, quatre jours après, d'une éruption de scarlatine, affection qui régna épidémiquement à Montpellier, depuis la fin de l'automne 1832 jusqu'au printemps 1833. Ce malade fut alors envoyé dans mon service. L'exanthème cutané parcourut régulièrement ses périodes, mais un point pleurétique auquel il avait donné lieu dut fixer l'attention et se montra très-opiniâtre, comme la plupart des affections thoraciques qui s'étaient développées sous l'influence de la scarlatine. A l'exploration on trouve : son mat du côté gauche de la poitrine ; antérieurement la respiration y est percevable en haut, nulle en bas ; dans la partie moyenne, râles crépitans ; latéralement et postérieurement le bruit respiratoire se fait entendre en haut et au milieu ; dans le côté droit. il est percevable en haut et en arrière, très-obscur latéralement (saignée du bras). Vers le milieu du mois de mars, la respiration devint tout à fait nulle latéralement du côté gauche ; des vésicatoires et plus tard des cautères appliqués sur le côté, ne produisirent aucun amendement ; diminution progressive des forces ; toux fréquente ; décubitus indifférent de deux côtés ; menace de suffocation ; le malade ne peut respirer que dans la position assise. Le 20 mai, l'opération devient indispensable à titre de palliatif ; une ponction, pratiquée par M. Rey avec le trois-quarts à la partie moyenne et latérale du côté gauche de la poitrine, donne issue à trois quarts de litre d'un pus clair ; la plaie se ferme promptement. Le soulagement obtenu ne pouvait durer, et le 24 mai le malade mourut, quatre jours après l'opération.

Autopsie faite 24 heures après la mort. Œdème de la glotte et de la muqueuse du larynx. *Poitrine :* le poumon droit offre quelques tubercules miliaires ; il est enflammé en grande partie et par masses distinctes ; le tissu qui les sépare est œdématié. Côté gauche : poumon farci de tubercules ; la cavité pleurale contient un litre de pus floconneux ; la plèvre est tapissée de trois ou quatre fausses membranes d'une organisation plus ou moins avancée, la plus rapprochée de la plèvre est très-rouge et phlogosée ; au-dessous de cette couche pseudo-membraneuse la plèvre est injectée, mais moins enflammée que les produits membraneux ; au-dessus de la piqûre du trois-quarts, la plèvre costale avait contracté des adhérences avec la plèvre pulmonaire et retenait ainsi une partie du pus. *Abdomen :* tout le péritoine est d'une couleur ardoisée, l'estomac est injecté, les intestins légèrement infiltrés, le duodénum percé d'une ulcération à bords droits, de la largeur d'un écu de cinq francs, en contact avec le pancréas auquel la retient un tissu cellulaire mal organisé qui lui sert d'obturateur ; aussi point d'épanchement dans l'abdomen ; le foie est augmenté de volume; les canaux biliaires sont oblitérés.

Je ne me rappelle pas si ce fait se trouve dans le mémoire que j'ai adressé à l'Académie. Mais en voyant les

symptômes et l'autopsie, M. Bouillaud pourrait-il me blâmer de n'avoir prescrit qu'une saignée et croirait-il qu'il eût mieux valu saigner ce malade quatre fois en vingt quatre heures ? Le lecteur prononcera.

Obs. V. — Le cinquième malade, Manoga, soldat au 4e léger, passait par Montpellier pour se rendre chez lui en vertu d'un congé. Il entra à l'hôpital le 26 octobre 1833, se disant enrhumé depuis trois mois, toussant et expectorant une assez grande quantité de crachats muqueux bien liés. A la première auscultation, respiration nulle du côté droit, exagérée du côté gauche; le pouls était habituellement fréquent. Ce malade paraissait phthisique; deux cautères sont appliqués sur le côté droit. Plus tard les symptômes d'épanchement devinrent si prononcés avec bouffissure du visage, œdème des paupières, qu'on dut ponctionner le côté droit, le 6 décembre. Douze onces environ d'un pus épais et bien lié, un peu fétide, sortent par la canule du trois-quart. Le côté gauche se remplit de sérosité ainsi que le péricarde, et le malade meurt le 9 au matin. A l'autopsie, on vit que l'affection de la plèvre et du poumon du côté droit datait de cinq à six mois.

Comment des saignées réitérées auraient-elles pu y remédier lorsque le malade entra à l'hôpital, et lorsqu'il avait en outre un hydro-péricarde, un épanchement pleurétique à gauche? Qui aurait pu les lui prescrire en lui voyant la face bouffie, les paupières œdématiées, le pouls petit et fréquent, et dans cette saison de l'année? Je n'accuserai pas M. Bouillaud de témérité.

Obs. VI. — Le sixième est Gérard, soldat au 2e régiment du génie, qui entra à l'hôpital, le 5 octobre 1833, pour se faire traiter d'une dysenterie. La convalescence de cette affection, qui n'avait pas été grave, ne fit pas de progrès.

Au commencement de novembre, soupçonnant quelque affection latente des organes thoraciques, quoique le malade se levât depuis bien longtemps, on pratiqua l'auscultation et on trouva la respiration très-obscure dans tout le côté gauche, avec retentissement de la voix très-marqué à la partie postérieure et en haut du même côté; souffle tubaire en avant et latéralement; respiration exagérée dans tout le côté droit.

M. Bouillaud eût-il alors fait saigner cet homme, qui était maigre, faible, avec un teint couleur de paille? Non, dira-t-il peut-être, je l'eusse fait saigner plutôt; et quand s'il vous plaît? A quelle époque commença donc l'affection du côté gauche de la poitrine? Cet homme, se promenant tous les jours dans une saison où le refroidissement de l'atmosphère est très-marqué à Montpellier, avait pu contracter depuis peu cette affection secondaire que rien n'annonçait chez lui. Nous semblions le fatiguer sans nécessité lorsque nous percutâmes et auscultâmes sa poitrine. Les dérivatifs et les soins accessoires furent mis inutilement en usage pour obtenir la résolution de l'épanchement. Des cautères sur le côté gauche du thorax n'eurent pas plus d'effet. Il ne faisait qu'augmenter. Le cœur était visiblement refoulé à droite. Nous pratiquâmes, donc, le 8 décembre, une première ponction qui fit couler près de quatre litres de sérosité fortement colorée en rouge. Le malade en éprouva un soulagement subit. Mais l'épanchement se reproduisit, la saison y contribuant sans doute. Jusqu'au 1er février, jour de la mort du malade, on le ponctionna sept fois encore, ce qui contribua à le faire vivre jusqu'à cette époque. Mais il mourut épuisé par la suppuration de la plèvre, le dévoiement, etc.

Obs. VII. — Le septième malade est Lafond, soldat congédié du 63e régiment d'infanterie de ligne, âgé de 29 ans, d'un tempérament lymphatico-nerveux, d'une constitution peu forte, exerçant l'état de tailleur. Il entra à l'hôpital Saint-Éloi, au mois de novembre 1833, pour se faire traiter d'une maladie vénérienne qu'il apportait de Toulon, où il avait fait longtemps usage de remèdes convenables.

Le 4 mai 1834, après cinq mois de séjour à l'hôpital, il est pris d'un frisson qui dure une heure, suivi de chaleur et d'une douleur à l'épaule droite. Le 5, on l'envoie dans mon service. Cet homme, pâle, maigre, souffrait beaucoup; il éprouvait des vives douleurs de ventre avec dévoiement et des vomissemens; le pouls était petit; les extrémités froides; le ventre tendu et douloureux; la respiration fréquente. On devait le croire atteint d'une péritonite. (30 sangsues sont appliquées sur le ventre).

Le 8. La douleur de l'épaule droite augmente et gêne les mouvemens du bras. (40 sangsues sont appliquées sur le côté droit de la poitrine).

Mais le 11, on profite d'une position favorable que le malade a prise, et on ausculte la partie latérale et inférieure du côté droit du thorax. La respiration y est nulle.

Le 22. La réaction est finie.

Le 24. Le calme renaît; mais la gêne du thorax augmente.

Le 29 ainsi que le 30, il y a des momens de suffocation. Ce jour-là on ponctionne le côté droit du thorax, et on en tire un litre et un quart d'un liquide couleur purée de pois claire. Les jours suivans, le liquide coule spontanément par la piqûre; le malade se rétablit et partit le 24 août pour se rendre chez lui. M. Lévy, auteur d'une thèse sur l'empyème, était alors à Toulouse avec son régiment. Je lui adressai ce malade pour qu'il le vît. Il m'a assuré (car M. Lévy était, il y a peu de jours, à Strasbourg) que cet homme avait alors l'air bien portant. Il était de Montastruc, département de Lot-et-Garonne, où l'on pourrait peut-être avoir des renseignemens ultérieurs.

M. Bouillaud aurait-il mieux fait de le saigner, comme il le dit, à outrance, dans l'état et dans la circonstance où il se trouvait? (Un bubon s'était ouvert dans l'aîne droite, le 12 mai). J'en doute fort. Cet homme, qu'il ne veut pas compter pour guéri, offrait de telles espérances, après trois mois de convalescence, que je dois le croire rétabli.

Obs. VIII. Le huitième malade, nommé Nebont, était un soldat du 26e régiment d'infanterie, de ligne, âgé de 24 ans, d'une constitution assez délicate, qui entra à l'hôpital St-Eloi le 1er septembre 1834, se disant in-

disposé depuis six jours, et offrant le caractère d'une entérité aiguë peu intense sans symptômes thoraciques, la respiration étant libre partout. Il fut traité par des applications de sangsues sur l'abdomen; les delayans; la diète, et guérit.

La dysenterie régnait à la fin de septembre : il en fut pris, quoiqu'il vint de subir un traitement antiphlogistique, et guérit facilement. Bientôt ses pieds s'enflèrent.

Le 10 octobre, il se promenait et n'avait jamais souffert de la poitrine; en l'auscultant, je trouvai les battemens du cœur tumultueux, mais point de signes d'épanchement. Un vésitoire fut appliqué sur le côté gauche pour le prévenir. L'enflure gagnait les cuisses et l'abdomen, et, le 10 octobre, lorsque je l'auscultai de nouveau, la respiration ne s'étendait du côte gauche qu'un peu vers le sommet de la poitrine. Le son, du reste, de ce côté était mat; le pouls, imperceptible à gauche, était aussi presque insensible à droite. La respiration était un peu fréquente, la parole gênée, la face un peu bouffie. Du côté droit, la respiration était libre et exagérée partout. Deux professeurs de Montpellier, qui m'avaient témoigné le désir de voir faire la ponction de la poitrine, si l'occasion s'en présentait, ne pensèrent nullement à tirer du sang à ce malade, lorsqu'ils virent la diathèse séreuse faire chez lui de tels progrès. Il fut ponctionné le 18 octobre; il coula deux litres et demi d'un liquide rouge clair. Le malade en fut aussitôt soulagé, et désenfla de la tête aux pieds.

Le 20, la piqûre du trois-quarts était sèche et guérie, comme chez les autres, au bout du même temps. Mais le pouls restait toujours filiforme, intermittent; la diarrhée était intense. Les jours suivans, l'infiltration séreuse s'accrut de nouveau, et le malade mourut le 25 octobre, quatre ou cinq jours plus tard que si on ne l'eût pas ponctionné.

J'ai la conviction d'avoir procuré à ce malade du bien-être et ce temps de vie de plus. Il y avait épanchement dans les deux cavités de la poitrine, hydro-péricarde, la sérosité abondait partout. J'ai la présomption de croire que j'ai encore bien fait dans cette occasion.

Obs. IX. — Enfin, le dernier malade cité dans le mémoire dont il s'agit était un ancien soldat de la grande armée, que je trouvai à l'hôpital Necker, dans le service de mon honorable ami M. Delarocque, lorsque j'allai visiter cet établissement le 19 ou 20 mai 1835. Cet homme avait un côté de la poitrine plus ample que l'autre, avec tintement métallique, bruit du flot du liquide, lorsqu'on le secouait ou au moindre mouvement. Il y avait des mois qu'il était dans cet état. Traité d'abord à la Charité, il était ensuite passé dans le service de M. Bricheteau, à l'hôpital Necker. M. Bouillaud ne dira pas, peut-être, que *j'ai réduit celui-là à la dure nécessité de subir la ponction de la poitrine*. On différait depuis longtemps à le ponctionner. On me demanda mon opinion : elle fut qu'on pouvait le faire hardiment. M. Laugièr, chirurgien de cet hôpital, y procéda de suite. Il s'écoula trois ou quatre litres de liquide. Cet homme fut tellement soulagé qu'il ne pouvait assez le dire; il se promenait toute la journée; et quoiqu'au bout de quelques semaines les symptômes se fussent en partie reproduits, le mieux-être se soutenait. Je crois, autant qu'il m'en souvienne, qu'il n'avait pas été ponctionné de nouveau lorsque je quittai Paris le 1er juillet suivant. J'ignore ce qui s'est passé depuis. Ici le désordre était trop grand et trop ancien pour qu'on pût espérer que la ponction fût plus que palliative (1).

Tous ces faits, que je n'arrange point à ma convenance, car ils étaient imprimés avant que M. Bouillaud ne les attaquât (2), peuvent avoir un sens qui mérite autre chose que des reproches à celui qui les expose. Dupuytren leur en trouvait assez la veille de sa mort pour demander à être débarrassé de la même manière du liquide qu'il portait depuis longtemps dans la poitrine. Pourquoi M. Bouillaud, qui lui a donné des soins, ne l'a-t-il pas fait saigner à outrance? Est-ce que les autres médecins traitans ne l'auraient pas écouté? Quand même Dupuytren aurait subi la ponction avant de mourir, on ne prétendrait pas, j'espère, en conclure contre son utilité. Il était alors beaucoup trop tard pour qu'il en retirât un avantage réel. Peut-être ce même moyen, employé à temps, eût-il pu être utile à Don Pedro et concourir à prolonger des jours précieux.

De palliative qu'est aujourd'hui la ponction de la poitrine, les hommes, qui parlent sérieusement de progrès, doivent chercher à la rendre curative à l'aide de l'auscultation. Au lieu de l'ensemble de signes qu'on donnait récemment encore comme nécessaires pour reconnaître les épanchemens dont il s'agit, il faut que le médecin soit bien convaincu qu'un petit nombre peut suffire à qui sait en tirer parti ou les interroger.

J'ai souvent pratiqué la ponction de la poitrine dans des cas où il n'y avait ni gêne de la respiration appercevable pour le maladé, ni ampliation du thorax, ni œdème des membres; encore moins y en avait-il aux parois thoraciques, ni bruit de flot du liquide, ni tintement métallique, ni égophonie, et pourtant il ne m'est jamais arrivé, je puis le dire, de ponctionner sans trouver l'épanchement et sans donner issue à une grande quantité de liquide séreux ou purulent. Qu'on fasse la part maintenant aux exagérations de M. Bouillaud, qui, entraîné par son idée fixe, a mieux aimé déplacer la question que de réfléchir attentivement, et l'on verra que, puisqu'il doit y avoir encore des épanchemens thoraciques, que, puisque les médecins sont exposés à en rencontrer dans leur pratique, lors même qu'ils consentiraient à imiter M. Bouillaud, il importe de s'en

---

(1) D'après les détails apportés dernièrement à l'Académie sur ce malade, la guérison complète a eu lieu après une seconde ponction pratiquée six mois après la première. Le sujet est encore à l'hôpital Necker, mais bien portant.

(*N. du R.*)

(2) Voyez la thèse de M. Lévy sur l'empyème, Montpellier, avril 1834, et le *Journal des sciences médicales* de la même ville, n. de septembre et novembre 1834.

occuper. L'Académie a prouvé, par la discussion qui s'est élevée dans son sein, combien ce sujet lui paraissant digne d'attention. Ce ne seront donc pas les assertions un peu avantureuses du professeur de la Charité qui pourront détourner de la bonne voie.

FAURE,
professeur, etc.

Description anatomique d'un fœtus hermaphrodite disséqué par M. le docteur VROLIK (1); communiquée par M. RACIBORSKI, D.-M.P.

Tous les cas d'hermaphrodisme connus dans la science peuvent être divisés en trois classes :

1° Hermaphrodites présentant une conformation vicieuse des parties génitales externes, avec conformation normale des parties internes.

2° Ceux chez lesquels les parties génitales externes comme internes présentent simultanément des rudimens de deux sexes.

3° Enfin ceux chez qui les parties génitales externes restent vicieusement conformées, de manière à présenter des rudimens imparfaits de deux sexes ou d'un sexe seulement; les organes internes de la génération offrent de chaque côté du bassin un sexe différent, et se présentent de deux côtés avec leur développement complet. C'est la variété connue sous le nom d'*hermaphrodisme latéral*. Ce n'est qu'aux individus offrant cette dernière disposition, qu'on pourrait, rigoureusement parlant, appliquer le nom d'*hermaphrodites*. Ce n'est en effet que chez ceux-là que nous voyons les deux sexes réunis sur le même individu, comme cela s'observe dans les classes inférieures de l'échelle zoologique.

Dans toutes les autres espèces de prétendus hermaphrodites, nous ne voyons que les rudimens des deux sexes, des organes qui n'atteignent jamais un développement complet, et qui, par conséquent, ne sont nullement aptes à remplir les fonctions départies à l'un et à l'autre sexe.

Les exemples de la troisième espèce sont extrêmement rares : à peine en compte-t-on quelques-uns tels que celui d'un jeune enfant de 7 ans, rapporté par Rudolphi, et qui avait présenté une fissure au scrotum, dont la moitié droite seulement contenait un testicule, tandis que la gauche figurait très-bien une grande lèvre. A l'intérieur, il offrait un vagin qui se terminait par un utérus bien conformé, mais dont le bord gauche seulement était muni d'une trompe de Fallope, d'un ovaire et d'un ligament rond, tandis que le bord droit était obtus, sans aucune trace d'organes féminins, et côtoyé par un testicule muni de son canal déférent. Ce dernier se terminait en cul de-sac dans un organe situé au-dessous du vagin et représentant les rudimens de la prostate et des vésicules séminales. L'urètre était normal ; le rectum et la vessie, de même que tous les autres organes, avaient leur conformation ordinaire. Varole et Arnaud rapportent, chacun un cas semblable.

Les hermaphrodites de la première classe sont ceux qui se présentent le plus souvent : on en trouve de nombreux exemples dans les fastes de la science, et la Faculté de Paris en possède quelques modèles dans son musée.

Les hermaphrodites de la deuxième classe, ou ceux chez qui les organes génitaux internes présentent les rudimens des organes de deux sexes, sans être aussi rares que ceux de la dernière classe, sont pourtant beaucoup moins communs que ceux de la première. G. Steglehner (1), Ackermann (2), Réald, Columb (3), Petit (4), Maret (5), Scherell (6), en ont chacun cité un exemple. Plus récemment, M. Bouillaud en a également rapporté un cas dans les *Archives de médecine*. Enfin la *Gazette Médicale* a publié dans le n° 39 de cette année un cas curieux d'hermaphrodisme de ce genre, observé par M. Mayer, de Bonn, sur un individu connu sous le nom de Marie Dorothée Derier et Charles Dugès.

Le cas que nous publions aujourd'hui se rapporte également au 2e genre : il est d'autant plus curieux que la mère de ce fœtus dit avoir mis au monde un autre fœtus présentant la même monstruosité.

Dans le courant de l'année 1835, M. Hollanders, chirurgien hollandais, a envoyé à M. le professeur Vrolik un fœtus difforme, né dans le village Sloterdyk, d'une mère qui lui déclarait être accouchée, quelques années auparavant, d'un enfant offrant des monstruosités tout à fait semblables.

Ce monstre avait le volume et la grandeur d'un enfant à terme. La tête offrait une hernie cérébelleuse ; absence complète des orifices externes des conduits auditifs et des paupières. En place des yeux on ne voyait que deux fentes transversales. La lèvre supérieure et le palais étaient divisés sur la ligne médiane. La langue, très-petite, adhérait par son sommet à la lèvre inférieure. Le col était très-court ; le ventre, au contraire, très-long, offrait les vestiges d'une hernie ombilicale. La main droite avait sept doigts et la gauche en avait six, dont le petit présentait une bifurcation près de la dernière phalange. Les extrémités inférieures très-courtes présentaient six orteils à chaque pied.

Dans la région que doivent occuper les organes gé-

---

(1) Nous devons la communication de ce cas intéressant à M. le docteur Matthes d'Amsterdam, qui a assisté à l'autopsie et dont il a consigné les résultats dans sa thèse intitulée : *De vitiata genitalium genesi, quæ hermaphroditica dicitur.*

(1) De Herm. Natur. Tract. Anat. Physiol. Pathol.; Bamberg, 1817.

(2) Infantis Androgyni Historia; Jenæ, 1805.

(3) De Re Anatomica; Francofurti, 1590.

(4) Hist. de l'Acad. Royale des Sciences; an 1720.

(5) Reil's Archif für die Phisiologie.

(6) Idem.

nitaux externes, il y avait deux replis cutanés qu'on aurait pu prendre, soit pour les deux grandes lèvres, soit, ce qui paraissait plus probable à cause de la sensation du vide dans chacun de ces replis, pour les deux moitiés du scrotum fendu à son milieu et ne contenant pas de testicules. Entre ces deux replis, on en voyait deux autres plus petits qui circonscrivaient une petite ouverture conduisant à un canal qui imitait le vagin et paraissait se terminer en cul-de-sac.

Après avoir ouvert l'abdomen, on vit immédiatement les deux testicules dont chacun, situé à l'entrée du canal inguinal, recevait, comme à l'ordinaire, des vaisseaux spermatiques. Les conduits déférens, après avoir pris leur point de départ dans les testicules, descendaient derrière la vessie pour se terminer de chaque côté aux angles supérieurs gauche et droit de l'utérus, qui, par cette disposition, avait acquis la forme bicornée. Tous les autres organes génitaux manquaient. La vessie avait son volume ordinaire, ce qui a paru d'abord étonnant vu que l'orifice de l'urètre était oblitéré. Cependant cet étonnement a cessé aussitôt qu'on s'est aperçu que l'urine pouvait s'écouler très-librement par l'ouraque non encore oblitéré.

Relation d'un cas remarquable d'hystérie cataleptique ; communiquée par M. le docteur Mottard, de Saint-Jean-de-Maurienne (Savoie).

Bórnoz Jeanny, de Saint-Alban-des-Villards, province de Maurienne (Savoie), âgée de 12 ans, mendiait en France avec son frère, âgé de 8 ans, pendant l'hiver de 1835 à 36. Ayant perdu son père à Valence, seule, à la fin de novembre, elle va le chercher dans les endroits où il avait coutume d'aller travailler. Ne le trouvant nulle part, épuisée de fatigue, elle demande un réduit pour s'abriter pendant la nuit. On la conduit dans une étable déserte, sans porte ni fenêtres, pas même de la paille pour se coucher, ni de couvertures pour se mettre à l'abri du froid. Là, elle se met à genoux pour prier; tout à coup elle entend un bruit violent dans la pièce supérieure. Elle se sent, dit-elle, tirée par sa robe ; elle veut faire le signe de la croix, mais ne peut remuer son bras. Elle éprouve un sentiment de constriction au larynx, à la nuque, puis à l'épigastre. Elle est saisie par un mal de tête insupportable et tombe évanouie. A ses cris, on accourt, on la transporte dans un appartement chaud, et les soins empressés qu'on lui prodigue la rappellent à la vie. Elle reste un jour chez ses bienfaiteurs et y prend le mal que je décrirai ci-après, tel qu'elle me l'a raconté et que je l'ai vu maintes fois. Elle remercie ses hôtes, revient à Montélimart prendre son frère, et tous deux pleurant la disparition de leur père, s'acheminent tristement vers la patrie où ils arrivent vers la fin de décembre. Pendant ce trajet si long et si pénible, elle subit plusieurs accès. Elle passe le mois de janvier à Saint-Alban, et se rend au commencement de février à Saint-Jean, chef-lieu de la province, avec sa sœur, âgée de 14 ans, qui lui sert de protectrice et de guide. Un pharmacien de la ville les recueille et les loge dans une bonne étable; il leur fait monter un lit et les garde le reste de l'hiver.

Pendant le mois de février elle avait deux accès par jour. Le pharmacien lui donne une potion vermifuge qui lui fait rendre plusieurs vers. Cette médication lui procure huit jours de relâche ; les accès reparaissent, et la même potion semble les exaspérer. On l'abandonne; et je la vois pour la première fois le 6 mars. Elle n'avait point d'accès ce jour-là, ce qui me laissait la faculté de l'examiner soigneusement et de l'interroger. Son visage est semblable à celui d'un aliéné dans ses momens de calme. Pouls, 110. Sa conversation est très-suivie, mais interrompue par des rires sardoniques. Sa stature est de quatre pieds, deux pouces ; le teint clair ; le corps maigre, mais bien fait. Elle est vive, gaie, douée d'une mémoire heureuse. Elle est d'un caractère doux, aimant; elle affectionne d'une manière toute particulière la demoiselle aînée de la famille, qui lui a charitablement donné asile ; elle l'appelle ma L., ma bonne mère. Elle est d'une grande sensibilité ; la moindre crainte, le plus petit reproche, la font tomber évanouie. Enfin, après ce que je viens de dire et que j'ai cru indispensable, j'entre dans le détail des symptômes de cette maladie extraordinaire. Au milieu d'une conversation animée, enjouée, d'un amusement, livrée à un travail ou même immobile spectatrice de ce qui se passe autour d'elle, elle commence à bailler ; son aspect prend une teinte particulière ; elle soupire, chancelle, perd ses forces, ne sait plus ce qu'elle veut, ce qu'elle fait ; accuse des douleurs aux jambes, à la nuque, enfin à l'épigastre; agite son bras droit sur sa tête, comme un postillon faisant claquer son fouet. Elle délire, et, si elle a mangé depuis peu, il lui survient des nausées, des vomissemens de mucosités d'abord, ensuite de matières plus ou moins digérées. Elle vacille, tombe, s'assoupit et cherche à se relever, puis retombe encore et s'assoupit de nouveau, tend ses membres qui deviennent d'une raideur tétanique, grince des dents, pousse un soupir et se lève avec vivacité, s'agite en tous sens ; ses forces et sa dextérité deviennent prodigieuses en s'agitant. Elle court, s'élance, bondit, saute, monte, grimpe, descend avec une surprenante adresse, une étonnante agilité ; elle danse sur une table, sur un bâton placé transversalement, sur le dosier d'une chaise, sur les épaules, sur la tête d'un homme, et ne perd presque jamais l'équilibre. Le pouls bat 130, son œil est fixe, le regard farouche, la pupille dilatée. Elle ne connaît personne, n'entend plus rien, elle voit, mais n'observe pas ; elle est insensible aux piqûres, au feu même ; elle frappe, se heurte et ne se plaint pas. Elle a souvent soif et crie : « A boire, sœur ; » elle saisit la coupe, boit d'une manière convulsive, et, semblable à l'hydrophobe, elle rejette cette coupe avec horreur. Elle se repose quelques minutes et recommence, puis elle caresse, rit, aboie, se mord et recommence encore. Quelquefois elle se jette à terre, frappe alternativement des bras et des jambes ; son corps s'arque tantôt devant, tantôt derrière ; d'au-

tres fois ces mouvemens ne se font que d'un côté, l'autre semblant paralysé. Le mal cède graduellement; elle tombe affaiblie, mais ne sue pas, malgré ce travail et l'extrême chaleur de l'étable; elle soupire, étend les bras, demande à boire, à se coucher. Son sommeil est troublé par intervalles, il lui semble, dit-elle, « avoir au gosier un corps qu'elle ne peut avaler; » elle est agitée par des soubresauts, des mouvemens convulsifs qui se calment, et après une heure tout est fini. Le pouls bat 120; à son réveil elle éprouve un peu de fatigue qui disparaît bientôt pour faire place à la parfaite tranquillité de ses sens. Ses attaques sont irrégulières : tantôt deux fois par jour, tantôt une, et c'est l'ordinaire; quelquefois les accès ne reviennent que tous les jours; d'autres fois ils laissent un intervalle de huit jours, sans que rien puisse expliquer ces irrégularités. La durée moyenne des accès est d'une heure. Mais, ce qui m'a le plus surpris, c'est de pouvoir lui faire venir l'attaque et de la faire disparaître à volonté. De légères frictions pratiquées sur l'épigastre pendant une ou deux minutes, suffisaient pour l'endormir (1) pendant deux ou trois autres minutes, et tout se suivait comme il a été dit. Les mêmes frictions, excercées pendant trois ou quatre minutes, le lui faisaient cesser; alors, ce que j'appellerai sa *convalescence*, était plus pénible, plus longue. Elle se portait bien, mangeait de bon appétit, et ne se plaignait que d'une douleur légère à la nuque, plus forte au ventricule, suivie de rôts qui la soulageaient. Je voulais tenter sa guérison. Le pharmacien lui fournissait gratuitement les remèdes; rien n'aurait manqué à cette malheureuse; mais une tante ignare s'y opposa constamment et la fit partir. Je viens d'apprendre qu'un médecin, à Lyon, a eu le bonheur de la guérir. Cette cure est une gloire que j'enviais. S'il lit cet article, je le prie de se servir de votre journal pour faire connaître ses observations et son traitement.

(1) Pendant le cours de mes études à Turin, j'eus occasion d'observer un somnambule. Tous les médecins de cette capitale l'ont vu comme moi. Il resta un jour et une nuit dans ma pension, où nous étions 18 étudians; pendant le jour nous avons observé toutes ses paroles et ses actions. Le soir, en présence de plus de 30 spectateurs, un étudiant, son compatriote, lui fait quelques frictions sur l'épigastre qui l'endorment, et là il commence à répéter sa journée depuis la première action jusqu'à la dernière. Pendant sa léthargie il boit (ou croit boire), il mange, marche, saute, danse, rit, se dispute, se fâche, s'attendrit, se livre à ses besoins corporels, suivant ses paroles ou ses actions de la journée, ses oublis ou déplacemens ne sont pas appréciables. Pendant ce temps sa sensibilité est absolument nulle. Nous l'avons fortement pincé, piqué avec des épingles, nous avons mis la flamme d'une chandelle en contact avec ses doigts, rien ne l'a dérangé. Quand il a ainsi répété sa journée jusqu'au moment où on a fait les frictions, il s'arrête court. Un cri aigu le réveille; il est comme auparavant. Quel rapport peut-il y avoir entre ces deux maladies?

—

***Remarques pratiques sur la fistule lacrymale*, en réponse au mémoire de M. Montain; communiquées par M. Rognetta.**

Le sujet qui vient d'être traité par notre honorable confrère M. Montain, de Lyon, dans l'un des derniers numéros de la Gazette médicale, se rattache trop intimement à l'ouvrage que je publie en ce moment (1), pour que j'omette de faire connaître, en attendant, ma manière de voir à l'égard de la tumeur et de la fistule lacrymale.

Sans doute M. Montain a raison de se plaindre de la confusion qu'on fait communément entre ces deux degrés de la maladie, et du peu de compte qu'on tient généralement des différentes causes qui l'occasionnent; mais la question doit être mieux précisée, je pense, qu'on ne l'a fait jusqu'à ce jour. On peut, suivant moi, admettre sous le rapport clinique les trois données suivantes, comme règles à suivre à cet égard.

1° Ou la tumeur lacrymale n'est que commençante (le sac se remplit de temps en temps, mais il se vide facilement, et le liquide passe aisément dans la narine; l'incommodité principale, c'est ici l'épiphora, la narine n'est presque pas sèche), dans ce cas, le mal peut être guéri sans opération sanglante. La cautérisation des glandes méiboniennes et de la muqueuse palpébrale, à l'aide du nitrate d'argent, les lotions répétées d'eau de rose animée d'une certaine quantité de pierre infernale, les injections d'Anel avec ce même collyre rendu de plus en plus fort (pierre infernale d'un à vingt grains par chaque once d'eau de rose) les sangsues et les fumigations d'eau de laitue à l'entrée de la narine, les purgatifs répétés, la compression du sac répétée avec le doigt, et quelquefois aussi un traitement antidyscrasique général, suffisent ordinairement pour guérir la maladie, ainsi qu'une foule d'observations récentes le prouvent. J'ai obtenu moi-même des guérisons de cette espèce, dont j'ai consigné les détails dans la *Gazette des hôpitaux*. C'est surtout sur l'action salutaire du nitrate d'argent sur la muqueuse palpébro-nasale, qu'il faut compter pour le résultat dont il s'agit.

2° Ou bien la tumeur est à une période plus avancée, à la période de suppuration ulcérative intérieure (le sac ne se vide pas complétement par la pression du doigt; le liquide qu'on fait refluer vers la caroncule lacrymale est purulent, il ne passe pas dans le nez; la tumeur est permanente, la narine sèche). Dans ce cas, l'ouverture artificielle de la tumeur est indispensable; si vous ne la pratiquez pas, la tumeur s'ouvre bientôt spontanément, le sac s'étant lui même perforé le plus souvent à cette période, et les matières irréductibles étant collectionnées sous les parties molles de l'angle

(1) Voir *Cours public d'ophthalmologie*, professé à l'école pratique de médecine de Paris, par M. Rognetta. Les deux premières livraisons sont en vente; la troisième va paraître; rue de Condé, n° 24, au bureau de la *Lancette*.

nasal. Plusieurs indications sont alors à remplir : combattre d'abord l'état aigu de l'inflammation des tissus environnans; déboucher ensuite forcément le syphon lacrymal à l'aide de bougies de grosseur progressive, qu'on fait passer jusque dans le nez, et guérir enfin l'état chronique des muqueuses par les remèdes que je viens d'indiquer et surtout par les injections de nitrate d'argent faites par l'ouverture même du sac. Si le cas est simple, la guérison radicale a lieu en quatre ou six semaines. Cette conduite me paraît préférable à celle de l'emploi de la mèche ou de la canule métallique, qui n'attaque aucunement la cause, et expose souvent à des inconvéniens assez fâcheux.

3° Ou bien enfin la fistule est déjà déclarée. Dans ce cas, le mal est simple ou bien compliqué de fongosités dans le sac, de lésion de l'os unguis, d'oblitération insurmontable du canal nasal. Dans la première supposition, la fistule présente absolument les mêmes indications que dans le numéro précédent; peu importe qu'on dilate l'ouverture accidentelle avec des corps expansibles, comme les cordes à boyau, etc., ou bien qu'on emploie le bistouri; cela est subordonné d'ailleurs à la situation de la brèche fistuleuse. Dans la seconde, il est évident qu'il y a autre chose à faire : le sac doit être fendu largement, ses fongosités attaquées avec la pierre infernale, l'os malade, s'il est carieux, cautérisé également, ou bien pansé à sec pour attendre son exfoliation s'il est déjà nécrosé. Reste alors la question de l'oblitération invicible du canal nasal. Scarpa formait, dans ce cas seulement, un canal nouveau à travers l'unguis, à l'aide du fer rouge. Ce moyen est bon si l'os est carieux et le sac fongueux ; mais ces cas sont devenus excessivement rares de nos jours, du moins dans nos grandes cités où l'on se fait soigner de bonne heure. Dupuytren employait, dans le même but, son trépan lacrymal à couronne, analogue à celui que notre confrère de Lyon vient de décrire. Ce moyen est certes préférable aux autres perforatifs inventés dans la même intention; je l'ai vu parfaitement réussir entre les mains de Dupuytren, et je crois que cette méthode est bien préférable à celle qui ouvre en pareille occurrence le sinus maxillaire pour y faire précipiter les larmes. Mais c'est là, comme on le voit, une thérapeutique exceptionnelle qu'on aurait grand tort de généraliser. Sous ce dernier rapport, par conséquent, je suis loin d'envisager la chose comme le praticien que je viens de nommer. Je me contente, pour le moment, de prendre date des quelques idées que je viens d'émettre, en attendant que je puisse m'expliquer avec plus de détails dans l'ouvrage que je viens d'annoncer.

JOURNAL HEBDOMADAIRE

DES

PROGRÈS DES SCIENCES

ET

INSTITUTIONS MÉDICALES.

NOVEMBRE 1836.

N° 45. — 5 Nov.

Considérations sur certaines asphyxies par cause organique ; par M. Forget, professeur de clinique médicale à la Faculté de Strasbourg.

1° — *De l'asphyxie par gibbosité.*

La clinique interne de la Faculté de Strasbourg, riche surtout en affections chroniques, offre, par cela même, un champ favorable aux études de diagnostic, études dont l'importance ne nous paraît pas suffisamment appréciée sur le théâtre où nous exerçons, et sans lesquelles pourtant il est impossible, non-seulement d'établir les traitemens rationnels, mais encore d'apprécier la valeur réelle des médicamens mis en usage.

C'est à faire ressortir ce principe fondamental en pratique que nous nous attachons particulièrement dans nos leçons cliniques ; et tout en approuvant le zèle avec lequel les médecins allemands cherchent à féconder la thérapeutique, nous nous appliquons à faire sentir à nos auditeurs combien il est facile de s'égarer dans cette carrière, alors qu'on ne s'attache pas suffisamment à spécifier le genre, la gravité et l'enchaînement des lésions qui s'offrent à combattre.

Parmi les sujets qui méritent le plus de fixer l'attention des médecins pénétrés de la nécessité d'étudier la subordination des phénomènes morbides, on peut placer les déviations de la colonne vertébrale. Si la pathologie de ces affections est assez avancée quant aux lésions du système osseux en lui-même et aux moyens d'y remédier, il n'en est pas ainsi des modifications que les difformités du tronc peuvent imprimer aux organes contenus. Si la tâche de l'orthopédiste est bientôt terminée, celle du médecin physiologiste commence à peine, et la science a besoin de bonnes observations rédigées dans le but d'apprécier les lésions viscérales, qui peuvent résulter d'infirmités, qu'on n'a guère envisagées jusqu'ici que sous le point de vue des atteintes portées à la régularité des formes. En effet, le plus grand grief que l'on puisse imputer aux *spécialités* en général, c'est de n'envisager qu'un point circonscrit des questions scientifiques, de scinder un art intimement lié dans ses parties ; et quant à l'orthopédie en particulier, on peut lui reprocher de trop souvent spéculer sur la coquetterie, alors que le point de vue principal est en réalité l'entretien de la vie et de la santé, gravement compromises par les difformités du tronc.

Ces réflexions critiques viendront naturellement à quiconque parcourra les écrits, même les plus modernes, sur l'orthomorphie. Tandis que les auteurs s'appliquent à détailler avec beaucoup d'art et de perspicacité les causes et le mécanisme si variés des incurvations de l'épine, à peine jettent-ils quelques mots sur les déformations que ces difformités infligent aux viscères, et quant aux modifications physiologiques qui doivent en dériver et aux maladies qui en résultent nécessairement, silence complet. C'est, en effet, ne rien dire que d'avancer simplement que la gibbosité s'accompagne généralement de phthisie et d'altérations organiques du cœur, d'inflexion des vaisseaux, d'hypertrophie du foie, etc. La science exige qu'on déduise les raisons organiques de ces désordres, comme on l'a fait, du reste, il faut en convenir, pour les lésions de la moelle épinière. C'est qu'ici les désordres morbides sont patens, intimement liés aux lésions osseuses ; mais les lésions circulatoires et respiratoires, pour être moins prochainement fatales, n'en sont pas moins réelles, et réclament toute notre attention. Il faut avouer, cependant, que pour apprécier convenablement ces lésions, il fallait que celles-ci fussent d'abord bien connues. Or, cette condition résultant d'acquisitions toutes récentes, l'orthopédie se trouve, jusqu'à un certain point, exempte de reproches. C'est donc à nous, médecins, qu'il appartient maintenant de combler cette lacune, et c'est dans le but de concourir à cette œuvre utile que nous nous sommes décidés à publier l'observation suivante.

Trente-deux ans. — Gibbosité. — Emphysème pulmonaire. — Anévrysme du cœur droit. — Cyanose. — Mort. — Autopsie.

Koller, âgé de trente-deux ans, peintre, habitant une chambre humide, porte une double gibbosité constituée

en arrière par une incurvation très-prononcée de la région dorsale de la colonne vertébrale, formant une saillie directe, arrondie. La région cervicale présente une courbure inverse convexe en avant, et déterminant la saillie du larynx. Une courbure analogue existe à la région lombaire et se relève par l'extrême saillie (cambrure) des hanches. Ces trois courbures diminuent considérablement le diamètre vertical du tronc, et donnent aux membres une apparence de longueur démesurée. L'incurvation de la région dorsale a déterminé une gibbosité antérieure formée par le rapprochement et l'allongement des côtes qui projettent le sternum en avant, de manière à donner au thorax la forme d'un baril renflé d'avant en arrière et aplati sur les côtés. Le rebord des fausses côtes laisse un intervalle très-étroit entre le thorax et le bassin, qui n'offre aucune déformation, sauf l'inclinaison du pubis, occasionnée par la courbure lombaire. L'abdomen, ainsi diminué d'étendue perpendiculaire et privé d'une partie de sa base en avant, forme néanmoins peu de saillie, englobé qu'il est, en quelque sorte, dans l'excavation formée par le refoulement du diaphragme. Cet homme prétend que sa difformité date de l'enfance et fut consécutive à un coup reçu dans la région dorsale. Les articulations des membres sont volumineuses, comme chez la plupart des bossus, mais il ne porte aucune trace d'engorgement ou d'ulcération scrofuleux. L'épaisseur des lèvres, l'évasement du nez et la saillie des yeux peuvent s'expliquer aussi bien par la gêne habituelle de la respiration que par la constitution scrofuleuse.

Entré à la clinique le 12 mai 1836, le malade rapporte qu'il s'était toujours assez bien porté, lorsque, il y a trois mois, en février dernier, il fut pris de toux sèche avec dyspnée, dont les progrès croissans l'ont obligé d'entrer à l'hôpital. Etat actuel : toux sèche, courte, fréquente, dyspnée considérable (quarante inspirations), respiration entrecoupée, voix faible, brève, interrompue par la difficulté de respirer; lividité très-prononcée des lèvres, des narines, de la langue, qui est en même temps humide et froide au toucher. La cyanose occupe également les doigts des mains et des pieds et s'étend aux tégumens des jambes et des cuisses (1). L'appareil digestif n'offre rien de particulier. Le thorax est partout sonore, excepté en avant. La respiration, laborieuse, est accompagnée, dans tous les points, d'un râle crépitant, sec, à grosses bulles; point d'expectoration. La proéminence formée par le sternum offre de la matité dans toute son étendue; les battemens du cœur, qui paraît remplir cette excavation, sont forts et fréquents, sans bruits anormaux. Le pouls est également fort, large et fréquent (à cent). Diagnostic: emphysème pulmonaire, dilatation du cœur, asphyxie lente par cette double cause. Prescription : Saignée de trois palettes, cataplasmes sinapisés aux jambes, tisane gommée.

(1) L'aspect de ce malade était semblable à celui d'un cholérique, sauf le facies cadavéreux.

Le 13, même état : vingt ventouses scarifiées aux cuisses (1) : cataplasmes sinapisés; looch avec eau de laurier-cerise, un gros; deux grains de poudre de digitale.

Le 14, la dyspnée, la cyanose et l'accélération du pouls persistent au même degré. Le malade se tient blotti sur le côté, sa gibbosité l'empêchant de rester sur le dos. Saignée de trois palettes. Lavement laxatif avec séné et sulfate de soude, de chaque demi-once. Vesicatoires rubéfians aux cuisses. Poudre de digitale.

Le 15, la dyspnée est toujours très-intense, le malade porte les bras au-dessus de sa tête pour favoriser l'action des muscles inspirateurs. La cyanose est stationnaire : potion stibiée (émétique six grains dans eau distillée quatre onces), à prendre par cuillerées. Infusion de polygala. L'émétique produit de l'anxiété et six selles sans amélioration.

Le 16, l'oppression est très-grande : vingt-cinq sangsues à l'anus, vésicatoires volans aux bras, lavement émollient, le peu d'alimens pris provoquent l'orthopnée.

Le 17, l'hémorrhagie produite par les sangsues dure encore. Pansement méthodique; limonade sulfurique.

Le 18, la dyspnée, la toux persistent, le râle pulmonaire est plus humide, la sonoréité moins grande (l'œdème s'empare du poumon); cependant la cyanose n'est pas plus prononcée, les extrémités ne sont pas sensiblement infiltrées. Les battemens du cœur sont toujours forts, fréquens et sourds. Six selles. Eau de riz, lavement émollient. Cataplasmes sinapisés aux pieds; toute la surface des membres est rubéfiée, plusieurs points sont en suppuration.)

Le 19, dyspnée persistante, grande faiblesse, boursoufflure générale, le malade se tient constamment sur les genoux, et les coudes (sans doute pour s'affranchir du poids des viscères abdominaux sur le diaphragme.) Le pouls faiblit, les extrémités sont froides; quatre selles; potion : décoction de quinquina, quatre onces; teinture de cannelle, deux gros; éther sulfurique, demi-gros, sirop d'écorce d'orange, une once. Mort à onze heures, le septième jour de l'entrée à l'hôpital.

Autopsie le 20 mai, vingt-deux heures après la mort.

Habitude extérieure. — Cadavre de quatre pieds six pouces environ; légère infiltration, lividité générale, mais la cyanose est moins prononcée que pendant la vie. Le pénis est très-développé, en état de semi-érection. L'orifice de l'urètre et la cuisse droite sont humectés d'un fluide ayant l'aspect de sperme liquéfié; quelques assistans lui en trouvent l'odeur.

Thorax. — Le sternum enlevé, le *péricarde* contient quelques onces de sérosité transparente. Le cœur est volumineux, remplissant l'excavation formée par le sternum incurvé, néanmoins sa position et sa direction sont

(1) Les ventouses, usitées dans ce pays, donnent beaucoup moins de sang que celles qu'on emploie dans les hôpitaux de Paris.



normales, eu égard à la forme du thorax. Les veines cardiaques sont gorgées de sang noir. Le cœur est élargi transversalement, un peu aplati d'avant en arrière. Les cavités droites sont gorgées de sang noir, qui se prolonge en caillots dans les veines caves. Les cavités gauches contiennent également du sang noir en caillots, qui s'étendent dans l'aorte. L'épaisseur des parois du ventricule droit *égale* celle des parois du ventricule gauche (cinq lignes environ). Les colonnes charnues du ventricule droit sont nombreuses, épaisses, très-consistantes. Aucune altération n'existe aux valvules ni à l'origine des gros vaisseaux artériels ou veineux. On ne voit aucune communication anormale entre les oreillettes entre elles, et les ventricules entre eux.

Les cavités pleurales contiennent une sérosité citrine peu abondante. Les *poumons* adhèrent à la plèvre par des fausses membranes d'ancienne date: ils sont très-petits et comme comprimés dans l'espace resserré que circonscrivent les côtes aplaties et rapprochées, le péricarde distendu par le cœur et le diaphragme fortement refoulé par les viscères abdominaux. Néanmoins ces poumons sont crépitans, affectés d'emphysème sous-pleural constaté par le déplacement de l'air sous le dos du scalpel, et d'œdème caractérisé par l'écoulement, à l'incision, d'une sérosité spumeuse abondante. Ils contiennent peu de sang, si ce n'est à la partie déclive (stase cadavérique) et n'offrent *pas de vestige de matière tuberculeuse*.

L'*abdomen* contient une assez grande quantité de sérosité citrine et limpide. Sa cavité est en grande partie remplie par le *foie* énormément augmenté de volume et portant, à la convexité du grand lobe, une dépression transversale profonde déterminée par la pression du rebord des fausses côtes déprimé en dedans, sillon analogue à celui qu'on observe sur les cadavres des femmes habituées à se serrer fortement la taille. La plus grande portion du foie est logée dans l'excavation du diaphragme refoulé jusqu'au niveau du mamelon. En incisant la glande on en voit ruisseler du sang noir en abondance. La substance jaune paraît hypertrophiée sans dégénérescence graisseuse.

L'*estomac*, assez ample, est repoussé à gauche par le foie, qui lui imprime une direction verticale; son extrémité pylorique se trouve au niveau du pubis. L'*intestin grêle* est singulièrement rétréci et ne surpasse pas le volume de l'extrémité du petit doigt. La surface du paquet intestinal, le mésentère et les épiploons sont arborisés en noir et offrent une teinte générale d'un rose obscur. Une énorme quantité de sang noir s'écoule des vaisseaux abdominaux divisés, et principalement de la veine-cave inférieure, qui contient de longs caillots fibrineux. Les reins, sans altération appréciable, sont logés derrière le foie, dans la profondeur de l'excavation du diaphragme. La rate est à l'état normal, un peu gorgée de sang.

L'absence de phénomènes cérébraux nous a fait négliger d'ouvrir la cavité crânienne. Nous l'avons regretté depuis, vu l'état d'érection du pénis, nous aurions dû inspecter le cervelet; mais nous n'eussions probablement trouvé qu'une injection des sinus, et un peu de sérosité pour expliquer ce phénomène, qu'on observe parfois dans l'asphyxie par strangulation.

Les vertèbres dorsales n'ont point offert d'altération, si ce n'est un peu d'aplatissement du corps des cinquième, sixième et septième, à l'atrophie desquelles paraît due l'incurvation.

Réflexions. — Cette observation soulève une foule de questions intéressantes pour la physiologie et la pratique. Quelle était d'abord la maladie qui a produit la gibbosité? Nous n'avons pu obtenir que de vagues renseignemens à cet égard; mais l'examen du malade et du cadavre éloignent l'idée d'affection tuberculeuse dans ce cas. L'absence de tubercules dans les poumons est une circonstance d'autant plus remarquable, que l'étroitesse du thorax est généralement considérée comme une des principales causes de la phthisie. Cette observation viendrait donc à l'appui des opinions de MM. Andral et Louis sur le peu de fondement de cette cause prétendue, qui se trouve en outre fortement ébranlée par les recherches récentes de M. le docteur Hirtz, de Strasbourg, recherches qui tendent à prouver que dans la phthisie l'étroitesse du thorax est généralement l'effet et non la cause de l'affection tuberculeuse. (Thèse inaugurale, 1836.)

Mais les autres désordres observés chez ce malade s'expliquent d'une manière très-satisfaisante par l'existence de la gibbosité, qui ne nous intéresse ici que par ses résultats. Il est évident pour nous que la gêne des poumons est la cause première de tous les désordres fonctionnels et de toutes les lésions organiques observés dans le thorax et l'abdomen. Cette gêne des poumons, par les efforts continuels d'inspiration qu'elle nécessitait, a causé l'emphysème pulmonaire; la gêne de la circulation s'est trouvée d'autant augmentée, et les efforts du ventricule droit, pour projeter le sang à travers les poumons ont produit cette hypertrophie, aussi remarquable par sa rareté que par son mécanisme dans le cas actuel. Dans cet état de choses, il a suffi d'une légère bronchite pour enrayer définitivement la respiration et la circulation, d'où l'asphyxie et la cyanose qui la caractérisent; puis l'œdème, puis la mort, que le traitement le plus actif n'a pu prévenir. Toutes les circonstances de l'observation viennent à l'appui de cette théorie.

Nous devons un instant d'attention aux particularités observées dans l'abdomen. Ainsi cette hypertrophie du foie se trouve directement liée à la même cause: la gêne du poumon a déterminé, par l'intermédiaire du cœur droit, la stase du sang dans la glande, et, chose remarquable, à mesure que le foie augmentait de volume et refoulait le diaphragme, le poumon se trouvait d'autant plus comprimé; de sorte que, par un enchaînement admirable de simplicité, l'effet devenait cause à son tour. A part cette dépendance mécanique pour ainsi dire, le foie entretient des relations sympathiques et peut-être fonctionnelles avec le poumon, témoin la fréquence de la dégénérescence graisseuse du foie chez les phthisiques. Nous rappelons cette circonstance, que

nous croyons cependant sans application au cas actuel : le foie n'était pas gras, et les poumons n'offraient pas de tubercules. Il est à remarquer que malgré son orthopnée, le malade ne s'est jamais tenu sur son séant : c'est que les viscères abdominaux, pressés entre le bassin et et le thorax, quasi contigus, auraient eu peu de liberté dans cette position ; aussi, par instinct, le malade se tenait-il sur les genoux et sur les coudes, pour faire peser les viscères sur les parois flexibles de l'abdomen, et soulager le diaphragme.

A l'occasion de ce fait, nous avons répété à nos auditeurs cette sentence si consolante pour le praticien : c'est que dans l'anatomie pathologique gît une source ineffable de consolations dans les revers : il est évident que pour guérir ce malade il aurait fallu d'abord rendre à la poitrine son ampleur, aux poumons leur étendue, au cœur ses dimensions normales ; or c'est ce que l'orthopédie doit avoir surtout en vue lorsqu'elle s'occupe de prévenir ou de corriger les difformités du tronc.

Mais, avant de passer à d'autres considérations, nous rapporterons un fait très-analogue au précédent, publié par un habile observateur, M. le docteur Aronssohn.

Vingt-quatre ans. — Gibbosité. — Cyanose. — Mort. — Autopsie

Hortense Nouveau, âgée de vingt-quatre ans, brodeuse, petite et difforme, entre à la clinique de M. Aronssohn, le 24 novembre 1835. Elle dit s'être bien portée jusqu'à l'âge de dix ans, où sa taille a commencé à se déformer, et, à la suite de l'exercice continuel du bras droit (elle brodait), sa colonne épinière à se courber. Depuis deux ans, la gibbosité a fait des progrès plus rapides ; il est survenu de la gêne dans la respiration ; les menstrues, régulières auparavant, se sont supprimées depuis trois mois. Depuis cette suppression, l'existence de cette malade est devenue très-pénible ; la dyspnée est allée en augmentant ; la face est devenue bleuâtre ; elle a ressenti des palpitations ; aujourd'hui nous notons les symptômes suivans : face d'un violet intense, presque noirâtre aux lèvres, aux pommettes et à la pointe du nez ; yeux turgescens, injectés ; respiration courte, haute, précipitée ; parole brève, décubitus sur le côté gauche ; thorax extrêmement déformé ; colonne vertébrale très-déjetée à droite ; côté droit de la poitrine très-bombé, surtout en arrière, formant presque exclusivement la cavité thoracique ; côté gauche presque effacé par l'aplatissement des côtes ; toux peu fréquente, comme avortée ; point d'expectoration ; palpitations de cœur survenant par intervalle ; bruit respiratoire très-obscur à gauche, assez distinct à droite ; sonoréité normale dans les endroits où s'entend l'expansion vésiculaire ; la région du cœur offre une matité très-considérable, et qui s'entend transversalement d'un sein à l'autre ; les battemens de cet organe sont comme étouffés ; quelquefois irréguliers, mais sans bruit anormal ; leur plus grande intensité se remarque sous la mamelle droite. Le pouls est très-fréquent, petit, presque imperceptible ; les jugulaires, très-distendues, ne présentent point de pulsations ; point d'œdème aux extrémités, point d'ascite. Foie manifestement engorgé ; ventre empâté ; perte de l'appétit ; anxiété continuelle, vertiges, prostration. — *Diagnostic.* Déplacement du cœur, couché transversalement ; cet organe ne présente point de rétrécissement ; la gêne de la circulation provient de la position du cœur et de la compression du poumon, par suite de la déformation du thorax. (Saignée de huit onces).

Nuit agitée, augmentation de l'anxiété.

Le lendemain, prostration considérable, cyanose au même dégré. Le soir il survint un peu de réaction avec augmentation de la dyspnée. (Sangsues à l'anus).

Le troisième jour, la malade était toujours dans le même état ; la cyanose n'avait pas diminué, l'oppression était continuelle et l'empêchait de se livrer au moindre repos ; elle mourut la nuit dans un état de torpeur survenu quelques heures auparavant.

Ouverture du cadavre, quarante-huit heures après la mort. — Face livide, lèvres bleuâtres. L'ouverture de la poitrine fait voir que cette cavité est rétrécie d'une manière extraordinaire par le refoulement du diaphragme repoussé par le foie et les viscères abdominaux. L'estomac et la glande biliaire montent jusqu'au niveau de la troisième côte, et c'est là que cesse la cavité thoracique. Le cœur est couché complétement en travers, sa pointe tournée à gauche. Son volume n'est ni augmenté ni diminué. Ses parois ont une épaisseur normale ; ses orifices ne présentent point d'altération ; les gros vaisseaux sont sains. Le poumon gauche est réduit à de très-petites dimensions par la compression qu'il a éprouvée ; le poumon droit est sain. Le foie est très-hypertrophié, gorgé de sang, ainsi que la veine cave inférieure. Cet organe a été tellement comprimé par la déviation des côtes, que l'une d'elles a imprimé sur sa surface un sillon large et profond. Les autres viscères sont sains, à l'exception d'un engorgement veineux manifeste dans tous les tissus (1).

On a été frappé de la similitude des symptômes, on a dû l'être de celle des phénomènes cadavériques. Dans notre observation il y avait emphysème du poumon et hypertrophie du cœur droit ; dans celle de M. Aronssohn il n'y a que compression du poumon et du cœur, et lui aussi attribue l'asphyxie et la mort à la déformation vertébrale. Seulement la filiation des phénomènes est ici moins évidente, mais elle n'en est pas moins réelle, et peut-être pourrions-nous désirer plus de détails dans l'autopsie.

Quoi qu'il en soit, il résulte de ces deux faits : 1° que les difformités de la colonne vertébrale peuvent porter des atteintes graves aux fonctions organiques, à part les lésions de la moelle ; 2° que l'organe le plus directement menacé est le poumon, soit qu'il éprouve une simple compression, soit qu'il survienne de l'emphy-

(1) *Mémoires et observations*, etc., *compte-rendu de la clinique;* par M. Hirtz.



sème, des tubercules, etc.; 3° que le cœur n'est pas moins compromis, soit que son mécanisme soit enrayé par la compression soit qu'il se trouve affecté d'hypertrophie, secondairement à la gêne du poumon; 4° que des lésions isolées ou combinées des poumons et du cœur peut résulter l'asphyxie lente, cause prochaine de la mort dans ces cas; 5° que les difformités du tronc menacent également les viscères abdominaux, le foie entre autres, dont l'hypertrophie est le résultat de la gêne de la circulation. Or on sait à quelles graves affections expose l'hypertrophie du foie; 6° enfin, que c'est vers les lésions secondaires des organes contenus dans la poitrine et l'abdomen qu'il faut spécialement diriger son attention si l'on veut faire de l'orthopédie une science éminemment philosophique, essentiellement médicale, et la soustraire à l'empirisme des rebouteurs et des charlatans à l'égard desquels l'autorité professe une déplorable tolérance.

2° *De l'asphyxie par le goître.*

La plupart des réflexions émises au sujet du genre d'asphyxie qui précède peuvent s'appliquer à celui-ci. Les personnes qui réclament, et trop souvent en vain, les secours de l'art contre le goître, et celles qui entreprennent de le guérir, n'ont, le plus ordinairement, en vue que de faire disparaître une difformité choquante. Néanmoins, les accidens sont ici assez fréquens et palpables pour que le traitement ait souvent eu pour but de prévenir une issue funeste. Placé que nous sommes sur un sol où cette infirmité n'est que trop commune, nous comptons profiter de notre position pour en faire l'étude, sans espérer d'être plus heureux que les habiles et nombreux observateurs qui nous ont précédé. L'observation suivante a principalement pour objet de faire apprécier le mécanisme par lequel la tumeur du col amène l'asphyxie, à travers une série de phénomènes parfois insidieux.

Cinquante-six ans. — Goître cancéreux. — Asphyxie lente. — Mort. — Emphysème pulmonaire, caillots dans le cœur.

Marie Balzinger, âgée de cinquante-six ans, journalière, de constitution détériorée, décrépite, entre à la Clinique le 18 mai 1836. Elle porte un goître volumineux, dur, bosselé, occupant principalement la portion droite du corps thyroïde et les tissus environnans. Ce goître, dit la malade, existe depuis nombre d'années, mais son volume était peu considérable, lorsqu'à dater de l'hiver dernier il a pris par degré le développement qu'il présente aujourd'hui. La malade tousse depuis longtemps; elle n'a jamais ressenti de douleurs lancinantes bien marquées dans la tumeur; du reste, l'espèce de stupeur qu'elle présente ne permet pas de prendre des renseignemens bien précis. Depuis deux mois cette femme est affectée de dyspnée habituelle s'exaspérant par accès, pendant lesquels il y a orthopnée et menace de suffocation. Nous l'adressons à la clinique de chirurgie, mais notre savant collègue M. Bégin, qui la voit dans un instant de rémission, nous la renvoie pour être traitée de l'embarras gastrique dont elle offre des symptômes. D'ailleurs aucune opération n'est praticable, soit l'ablation, vu le volume, l'étendue et la nature de la tumeur; soit la trachéotomie, la tumeur occupant tout l'espace compris entre le bord supérieur du cartilage thyroïde et la fourchette du sternum; encore moins peut-on songer à la faire résoudre.

Le 19, les accès d'orthopnée sont fréquens; il y a toux, expectoration difficile. La poitrine est très-sonore, un râle muqueux, mêlé de ronchus divers, est perçu des deux côtés; le pouls est fréquent, assez large; la bouche est amère, la soif intense, la langue blanchâtre, l'appétit conservé, au dire de la malade, bien qu'il y ait nausées, constipation habituelle, céphalalgie, vertiges, réponses lentes, tendance au sommeil. Saignée de huit onces, huile de ricin, une once et demie, infusion de tilleul. Plusieurs selles dans la journée.

Le 20, orthopnée, pouls fréquent, abattement, somnolence. Saignée de douze onces, cataplasmes sinapisés aux jambes.

Le 21, pouls fréquent, irrégulier, onduleux, respiration spasmodique, bruyante, stertoreuse, selles involontaires, réponses lentes, prostration. Nous avions diagnostiqué l'emphysème pulmonaire et l'asphyxie lente par compression de la trachée, nous annonçons aujourd'hui que des caillots se forment dans le cœur, ce qui ajoute à l'embarras de la circulation; la fin est prochaine: potion avec acétate d'ammoniaque, une demi-once; éther sulfurique, un demi-gros; infusion de tilleul, quatre onces; sirop d'écorces d'orange, une once, à prendre par cuillerées. La malade expire dans la journée.

Autopsie quarante heures après la mort.

Aspect extérieur. — Cadavre émacié, tégumens flétris, verdâtres à l'abdomen, système veineux prononcé.

L'abdomen ne présente rien de particulier, si ce n'est l'injection des veines et quelques traces de gastrite chronique dans l'estomac, qui contient plusieurs ascarides lombricoïdes.

Thorax. — Les poumons, assez volumineux, sont gorgés de mucosités spumeuses: il existe de l'emphysème sous-pleural en plusieurs points, particulièrement vers la base. Le cœur est de volume normal, cependant quelques points d'ossification existent à l'orifice aortique. Le ventricule droit contient un caillot fibrineux, blanchâtre, opaque, d'apparence organisée, intriqué dans les colonnes charnues, s'étendant dans l'artère pulmonaire. Ce caillot présente quelques stries rouges qu'on pourrait prendre pour un commencement de vascularisation, mais qui ne sont que de la matière colorante; la membrane interne du ventricule n'est ni injectée, ni rugueuse, ni épaissie.

Examen de la tumeur. — Le goître occupe le tissu du lobe droit du corps thyroïde et une partie du gauche; il a le volume du poing; il est formé en grande partie d'une matière lardacée, blanchâtre, opaque (encéphaloïde à l'état de crudité). Il comprend dans son

épaisseur le tissu cellulaire environnant où se trouve comprise l'artère carotide droite qui n'est cependant pas oblitérée. La tumeur est recouverte par le muscle sternomastoïdien, qui se trouve étendu et aminci comme une feuille de papier, ou mieux comme le peaucier; on n'a pas cherché les veines jugulaires. Cette tumeur comprime la trachée-artère, immédiatement au-dessous du cartilage cricoïde, dans l'espace d'un pouce environ, et transversalement, de manière à diminuer de moitié le diamètre transverse du canal aérien, lequel reprend son ampleur normale au-dessous de la tumeur. Celle-ci déprime également la portion droite du cartilage thyroïde. La glotte apparaît très-dilatée, ce qui d'abord a pu faire croire à la non-compression des voies aériennes.

Réflexions. — Peut-on ici, comme dans les cas précédens, établir une filiation entre la cause de l'asphyxie lente, et les désordres observés dans le poumon et dans le cœur? On conçoit que les efforts d'inspiration aient pu produire l'emphysème pulmonaire, mais il s'agit ici d'une vieille femme, sujette à s'enrhumer, ce qui suffit pour expliquer l'existence de l'emphysème, lequel, une fois produit, est devenu cause adjuvante, accélératrice de l'asphyxie, si je puis dire. Les caillots qui se sont formés dans le cœur pendant la vie sont, vraisemblablement, le résultat de la difficulté que le sang éprouvait à franchir le poumon. La dilatation de la glotte est un phénomène remarquable qui trouve son explication facile et rationnelle dans les efforts d'inspiration, l'obstacle existant au-dessous d'elle. La glotte s'est dilatée comme se dilatent l'urètre, le canal cholédoque, l'intestin, tous les conduits enfin en arrière des obstacles qui entravent le cours des matières qui les traversent.

Au sujet de cette observation se représente la question soulevée à propos de toutes les lésions organiques permanentes, accompagnées de symptômes intermittens. Cette singularité, qu'on a voulu expliquer par des raisonnemens plus ou moins spécieux, est encore inexplicable. Cette intermittence de symptômes s'observe dans le croup, l'œdème de la glotte, l'asthme par lésions organiques des poumons ou du cœur, etc. Dans cette circonstance, elle a pu faire méconnaître l'affection réelle, preuve de la difficulté qu'on rencontre souvent à porter un diagnostic certain à première vue.

Dans les trois observations qu'on vient de lire, on a vu que, malgré la cause de mort, qui fut évidemment l'asphyxie, les poumons n'ont jamais présenté cet engorgement sanguin que la théorie a pu seule faire établir comme signe nécroscopique de l'asphyxie. L'induction est ici contredite par les faits, et s'il fallait expliquer cette sorte d'anomalie, on pourrait dire que le poumon se débarrasse par sa contractilité du sang qui l'obstrue, et qu'il repousse dans le système vasculaire. Aussi, tandis que les poumons sont exsangues ou à peu près, voit-on presque toujours les cavités du cœur et l'arbre vasculaire gorgés de sang noir. Néanmoins, dans l'asphyxie lente, cette plénitude des vaisseaux est moins manifeste que dans l'asphyxie subite. C'est que ces deux genres de mort ne sont peut-être pas identiques. Dans l'asphyxie lente, la respiration et la circulation ne sont que gênées, entravées et non interrompues; le sang, qui ne cesse pas de circuler, est lentement vicié par l'imperfection de l'hématose: c'est une sorte d'empoisonnement chronique, si je puis dire, et qui n'en est que plus irrémédiable, car il pénètre insensiblement l'intimité des tissus. Aussi le précepte de rétablir la respiration dans son intégrité, le plus promptement possible, est-il un précepte des plus rationnels en physiologie, car l'observation a démontré que trop tard il n'est plus temps. En vain, dans la dernière période du croup, ouvrirez-vous la trachée: l'individu succombera malgré le rétablissement des voies, aériennes, car alors l'intoxication est déjà constitutionnelle, pour ainsi dire. Voilà, selon nous, ce qui différencie essentiellement l'asphyxie lente de l'asphyxie subite, et ce qui explique la différence des phénomènes observés à l'autopsie. Voilà pourquoi, dans les trois observations qui précèdent, les phénomènes cadavériques de l'asphyxie n'étaient pas aussi tranchés que ceux généralement indiqués dans ce genre de mort, alors que la cause agit promptement. Notre dernière malade dont le diamètre de la trachée était diminué de moitié, se trouvait dans les conditions où sont les opérés de trachéotomie auxquels on applique une canule trop petite. Aussi M. Bretonneau a-t-il judicieusement recommandé d'employer des canules de diamètre égal à celui de la glotte, sous peine d'ajouter aux accidens éprouvés par l'individu suffoqué.

Je terminerai ce travail par une observation qui n'intéresse que le pays où nous pratiquons: nulle part l'emphysème pulmonaire n'est plus commun qu'à Strasbourg, parce que nulle part les bronchites chroniques ne sont plus multipliées; et pourtant il s'y trouve beaucoup de praticiens qui ne croient pas à cette maladie ou plutôt aux symptômes qui la révèlent! Lorsque, dans une circonstance solennelle, nous avons eu à reconnaître et à décrire cette affection, beaucoup d'auditeurs prirent notre narration pour un roman. Or, depuis, nous avons eu de fréquentes occasions d'en démontrer la réalité sur le cadavre et de convertir les incrédules. C'est que cette maladie est une de celles qu'on ne constate pendant la vie qu'au moyen des procédés du diagnostic moderne, et qu'on ne découvre au scalpel qu'à l'aide d'investigations attentives, conditions dont nous nous attachons journellement à faire sentir l'importance et la valeur.

N° 46. — 12 Nov.

Observation de phlébite; par M. Allain Dupré, D. M. P.

La phlébite n'est plus aujourd'hui une affection rarement observée: depuis les recherches de Hunter, l'anatomie pathologique s'est enrichie d'une foule de faits de cette espèce, et, comme le remarque M. Cruveilhier, « l'inflammation des veines domine aujourd'hui la pa-

thologie tout entière. » Aussi ne doit-on attacher aux trois observations suivantes, prises isolément, d'autre valeur que celle qui se doit accorder à toute observation, c'est-à-dire l'avantage de concourir à éclairer un point de la science, soit par sa similitude, soit par sa dissemblance avec les faits déjà publiés. Mais une circonstance remarquable, ou, si l'on veut, une coïncidence au moins singulière, mérite, ce me semble, d'attirer ici notre attention; trois malades, couchés dans des lits voisins, ont succombé, à quelques jours de distance, avec des symptômes ayant beaucoup de ressemblance, et tous ont offert, à l'autopsie, du pus dans les veines. N'y aurait-il aucun lien commun entre des accidens qui présentent tant d'analogie?

On ne peut guère, il est vrai, admettre ici l'existence d'une infection miasmatique restreinte a un si petit nombre d'individus, bien que quelques maladies, dites épidémiques, présentent cette particularité : ainsi la pourriture d'hôpital, qui souvent ne franchit pas l'enceinte où elle s'est développée, et qui quelquefois même n'atteint que quelques individus. Il faut avouer toutefois qu'aucune des circonstances regardées comme propres à produire l'infection, quelle qu'elle soit, ne s'est rencontrée dans le lieu dont nous parlons; ainsi point d'encombrement de malades, point de conditions défavorables dans l'état atmosphérique. Reste néanmoins à expliquer cette terminaison identique d'affections diverses, ces caractères anatomiques semblables chez trois sujets morts dans le même temps et dans le voisinage les uns des autres.

Observation première. — varices. — phlébite.

Un boulanger, d'environ vingt-cinq ans, couché au n° 39 de la salle Sainte-Vierge de l'hôpital de la Charité, porte depuis quelque temps à la face interne de la jambe un ulcère qui paraît dépendre de l'état variqueux de la saphène interne, laquelle forme en ce point plusieurs grosses cordes sinueuses. On voit aussi, près de la malléole, les traces d'un autre ulcère cicatrisé. Cet homme est d'une complexion molle et lymphatique, quoique assez fortement constitué. Le 19 août 1836, huitième jour de son séjour à l'hôpital, l'opération suivante est pratiquée :

Une aiguille courbe, munie d'un fil simple, traverse dans trois points différens la veine variqueuse, et les extrémités du fil sont nouées ensemble. Le malade, quoique pusillanime, ne paraît pas souffrir beaucoup. Il ne s'écoule pas une goutte de sang. On le reporte dans son lit. M. Velpeau pratique aussi quelquefois une autre opération, qui consiste dans le passage d'une longue épingle au travers de la peau sous la veine variqueuse, tandis qu'un fil, passé sous les extrémités libres de celle-ci, comme dans la suture entortillée, sert à produire la constriction du vaisseau.

Le 20, M. Velpeau, après avoir imprégné le fil, aux environs des trous de la peau, d'un peu de cérat, lui fait exécuter quelques mouvemens de va-et-vient. Le malade se plaint assez vivement. Il y a un peu de rougeur près des petites plaies.

Le 21, état général de souffrance. La douleur est vive dans la jambe et dans la cuisse. On diagnostique une angioleucite. (Saignée.)

Le 22, teinte jaune de la face, abattement, gonflement et douleur vive du membre jusqu'à la région inguinale. Insomnie, vomissemens, peau chaude, pouls fréquent. (Quarante sangsues sur la cuisse.)

Le 23, vomissemens, diarrhée, quelques frissons légers, douleurs vives dans le membre. Pouls fréquent, teinte jaune de la peau. Abattement extrême. (Vingt-cinq sangsues, cataplasme. Un vésicatoire sur l'épigastre.)

Le 24, même état : quelques frissons, chaleur brûlante de la peau; deux vomissemens. Teinte jaune de toute la peau du corps. Gonflement de la jambe, douleur un peu moins vive, mais reveillée par la moindre pression. Le tissu cellulaire est enflammé. Il y a phlébite externe. Cependant les veines ne forment pas de corde tendue. Il y a peut-être phlébite interne. (Huit ou dix incisions sur la face interne de la jambe, cataplasme.)

Le 25, état de plus en plus alarmant. Abattement extrême, découragement, pouls petit, à cent vingt. Douleurs dans différentes parties du corps : à la partie supérieure et externe du bras droit, à la face dorsale de la main gauche, où existe un dépôt assez considérable de pus survenu depuis hier, sans traces d'inflammation. Il y a ici une collection tout à fait semblable à celles qui se développent, sous l'influence de la même cause, dans le parenchyme des organes intérieurs. Peut-être même les viscères sont-ils déjà le siége de semblables abcès.

Le 26, mort à sept heures du matin.

Le 27, *autopsie*. On s'attendait à trouver des abcès dans le foie et les poumons, mais tous les organes, examinés avec soin, n'offrent aucune lésion. Il en existe une sur la main gauche, au point indiqué. La veine saphène est brune, grise dans quelques points, et remplie de pus. Le sang de la veine crurale, celui de l'iliaque externe, et même de la veine cave inférieure, est visqueux et présente un reflet grisâtre. On trouve aussi dans l'oreillette et le ventricule droits plusieurs caillots livides qui diffèrent de ceux qu'on y rencontre quelquefois; l'estomac offre quelques arborisations noirâtres, et l'épiploon offre une coloration brune. Nulle autre lésion. Les ganglions de l'aine sont un peu tuméfiés.

Observation deuxième. — érysipèle. — phlébite.

Le 12 août, un homme de trente ans, fort bien constitué et bien portant jusque là, d'un tempérament lymphatique, entra à l'hôpital, salle Sainte-Vierge, n° 36, pour une inflammation du poignet droit, avec rougeur érysipélateuse, dont M. Velpeau plaça le siége, non dans le tissu cellulaire sous-cutané, mais dans les gaines aponévrotiques de cette partie.

Le poignet était douloureux et les mouvemens difficiles. Déja il avait été fait une application de vingt sangsues sur cette partie avant l'entrée du malade à l'hôpital. Cette application fut renouvelée : le mal parut d'abord diminuer; l'articulation, moins douloureuse, permettait quelques mouvemens; mais, bientôt après, une sorte d'angioleucite s'empara du membre, il survint de l'empâtement dans l'aisselle correspondante, accompagné d'une douleur obtuse.

Cependant, à partir de ce moment, le malade présenta dans l'ensemble de son organisme des symptômes alarmans, fièvre, abattement très-prononcé, ballonnement du ventre; point de frissons. A l'égard du développement de l'abdomen, il affirmait que c'était chez lui un état naturel.

Quoi qu'il en soit, tous les symptômes allèrent en croissant jusqu'au 27 août, où il succomba.

A l'ouverture, qui eut lieu le lendemain, les organes intérieurs n'offrirent absolument aucune trace de lésion, mais l'aisselle droite incisée présenta une grande quantité de pus disséminé dans les mailles du tissu cellulaire. Les veines du bras n'étaient le siége d'aucune inflammation, et ne contenaient point de pus dans leur intérieur.

Mais il s'écoula de celles de la jambe droite, quand on incisa les muscles en travers, une grande quantité de pus.

Observation troisième.—érysipèle de la jambe gauche. —Phlébite.

Le 26 août 1836, un homme de trente-cinq ans, affecté d'un érysipèle d'un aspect remarquable, à la jambe gauche, fut apporté à l'hôpital. Une rougeur vive, écarlate, existait à la face interne du mollet, et de là s'étendait, en s'affaiblissant, jusques un peu au-dessus du genou. C'était à la fois deux degrés de l'érysipèle (phlegmoneux et cutané); la douleur, du reste, n'était point vive. (Onguent mercuriel en frictions, compression.)

Le 27, fièvre, prostration, délire dans la nuit. (Incisions.)

Le 28, les symptômes de prostration sont de plus en plus marqués.

Le 29, mort, et le 30 autopsie. Les organes intérieurs ne présentent aucune lésion; mais en incisant transversalement les muscles de la jambe gauche, on voit sortir des ouvertures béantes des veines du pus mêlé au sang. Il s'en écoule aussi, et même en plus grande quantité, des vaisseaux lymphatiques qui suivent le trajet de celle-ci, et cela nous fait douter ensuite si c'est bien de l'orifice des veines que le pus est sorti. Cependant un examen attentif ne laisse point de doute à cet égard; les veines contenaient évidemment une matière purulente.

En enlevant, à la région inguinale, les tégumens, on découvre les vaisseaux lymphatiques de cette région augmentés de volume et de couleur laiteuse, de manière à permettre d'en distinguer parfaitement le trajet et la disposition. En les coupant, il en sort un pus crémeux bien évident. Cependant les ganglions auxquels ils viennent aboutir ne présentent ni pus, ni trace d'inflammation. Les vaisseaux lymphatiques placés au-dessus sont aussi dans l'état normal. Qu'il me soit permis d'ajouter aux faits précédens quelques reflexions.

Assurément la blessure des veines pour la cure des varices, quel que soit d'ailleurs le procédé opératoire employé, a fréquemment été suivie d'accidens pareils à ceux qui ont été observés chez le jeune homme du n° 59; souvent même des collections purulentes ont été trouvées alors dans les viscères. Ici nous avons vu tous les organes intérieurs exempts de cette altération, et cette circonstance, suivant la remarque de M. Velpeau, pourrait servir à expliquer l'absence des frissons. Chez deux de ces malades, en effet, ce symptôme, regardé généralement comme signe pathognomonique de la phlébite, a manqué tout à fait, et chez le troisième, il n'a existé qu'à un très-faible degré.

Ces terminaisons funestes des opérations sur les veines variqueuses ont été observées par tous les praticiens, et les tentatives de cette espèce regardées par la plupart comme très-dangereuses. Aussi quelques-uns ont-ils taxé de témérité tout essai de guérison des varices, tandis que d'autres, moins timides, ou plutôt mus par le désir de remédier à de graves infirmités, ont voulu tenter encore contre cette maladie des moyens thérapeutiques mieux appropriés. On conçoit, en effet, que s'il était possible de déterminer à volonté l'inflammation purement adhésive des parois internes des veines, et de ne dépasser jamais ce degré, on arriverait à la solution de cette grave question. Il ne faut pas même désespérer tout à fait des efforts nouveaux tentés dans ce but. Car l'incision, la ligature, l'excision, la cautérisation même, employées souvent par les anciens chirurgiens contre les varices, devaient produire plus fréquemment l'inflammation suppurative des veines que l'opération qui consiste à passer, au moyen d'une aiguille, un fil à travers leur épaisseur, comme le pratique aujourd'hui M. Velpeau. A en juger même par les succès obtenus jusqu'ici par ce chirurgien, cette opération telle qu'elle est indiquée ne serait pas excessivement dangereuse; ou du moins elle ne le serait guère plus que celles mêmes qu'on regarde généralement comme innocentes. Et, en effet, l'opération la plus fréquente, la plus simple peut-être de la chirurgie, la saignée, est en elle-même suivie quelquefois de l'inflammation de la tunique interne des veines et cependant on n'a jamais songé à priver l'art de cette précieuse ressource, à cause des dangers rares auxquels elle expose. D'ailleurs quelle est la cause des phlébites à la suite de la saignée ? on ne saurait le plus souvent leur assigner une cause matérielle, et il faut dire avec Boyer, que « souvent leur véritable cause efficiente » est une *disposition morbifique générale* ou *interne* qui » peut exister chez des personnes qui ont toutes les apparences de la plus parfaite santé; ou bien admettre, » avec M. Cruveilhier, des *conditions miasmatiques et* » *individuelles* sous l'influence desquelles les phlébites » passent à la suppuration, par une *marche en quelque* » *sorte nécessaire* et malgré le traitement le plus rationnel. »

Au premier coup d'œil, on ne comprend point quel rapport peut exister entre l'érysipèle et l'opération dont nous parlons relativement aux accidens observés ici, c'est-à-dire la présence du pus dans les veines. Cependant on sait aujourd'hui que dans l'érysipèle phlegmoneux non-seulement les veines sous-cutanées peuvent être altérées, enflammées, et contenir du pus, comme l'a observé M. Ribes, mais que les veines principales d'un membre affecté de cette maladie peuvent aussi présenter de véritables phlébites. Ces cas ont été rencontrés par M. Rayer, qui a vu en même temps les vaisseaux lymphatiques pleins de pus.

Hunter dit aussi avoir trouvé dans toutes les inflammations violentes du tissu cellulaire, soit spontanées, soit produites par accident, que les tuniques des veines les plus grosses qui passaient à travers des parties enflammées, s'enflammaient également, et que leurs surfaces internes étaient affectées d'une inflammation adhésive, suppurative et ulcérative.

On trouve du pus dans les veines des individus qui ont succombé à l'érysipèle phlegmoneux, comme dans celles des malades qui ont subi une opération sur cet ordre de vaisseaux : cette conclusion tendrait positivement, il est vrai, à infirmer la supposition d'une étiologie miasmatique, d'une cause commune agissant sur ces trois malades à la fois. J'admets volontiers toutes les conséquences rationnelles qu'on voudra tirer de ces faits, et capable d'expliquer ce qui m'a paru singulier en ceci. Mais j'objecterai néanmoins que, quoi qu'en dise Hunter, il ne paraît pas que cette terminaison de l'érysipèle phlegmoneux soit très-fréquente, et que peut-être il ne serait pas déraisonnable d'admettre dans ce cas l'existence de causes prédisposantes quelconques. D'ailleurs, chez le malade de la seconde observation, le pus a été trouvé dans les veines de la jambe droite, quoique le bras du même côté fut le siége de l'inflammation. Enfin quand on réfléchit que ce même malade atteint d'une affection peu grave en apparence, a cependant succombé en présentant des symptômes et surtout des lésions anatomiques qui ont eu la ressemblance la plus grande avec ceux du premier, et que le troisième, auquel les mêmes remarques sont applicables, n'était point non plus affecté d'un mal sur lequel il fut permis de porter un pronostic si funeste, on ne peut s'empêcher de demeurer dans le doute.

En résumé, des symptômes semblables pendant la vie, des lésions anatomiques semblables, font assez naturellement supposer quelque analogie dans les causes. Il y aurait, d'ailleurs, dans l'admission d'une cause de cette nature, quelques consolations pour l'art et un encouragement à tenter encore de remédier, pour une opération simple, à une infirmité aussi pénible que le sont quelquefois les varices arrivées à un certain développement. Espérons en effet que cette maladie n'est pas absolument incurable, et que dans des circonstances opportunes, l'opération réussira très-souvent.

---

47. — 19 Nov.

Hernie scrotale congénitale étranglée. Opération le cinquième jour; gangrène de l'intestin; formation d'un anus contre nature; mort le quinzième jour après l'opération; disposition tout a fait insolite de l'anus contre nature; par le docteur G. Goyrand, d'Aix.

J'ai publié ce fait dans le temps; mais quelques erreurs typographiques en altérèrent le sens et le rendirent peu intelligible, et je crois faire une chose utile en le publiant de nouveau, au moment où M. le professeur Velpeau vient de fixer l'attention des chirurgiens sur les anus contre nature. L'observation dont on va lire les détails diffère de celles de Scarpa et de M. Velpeau.

Obs. — Un jeune homme de dix-huit ans était affecté depuis dix ans d'une hernie inguinale qui avait été contenue d'abord, mais qui, depuis six ans, était abandonnée à elle-même. Le 10 décembre 1828, cette hernie s'étrangla. Le malade se fit transporter à l'hôpital dans la matinée du 15 seulement. Nous trouvâmes sa hernie très-volumineuse; elle distendait tout le côté droit du scrotum; elle était dure et douloureuse. On sentait à sa partie supérieure une crépitation résultant du déplacement des gaz dans l'épaisseur des tissus. Sa partie inférieure était fluctuante. Nous ne distinguions pas le testicule de ce côté; le gauche était refoulé vers l'anneau; le ventre était tendu et douloureux; éructations, vomissemens, pas de selles, langue épaisse et recouverte d'un enduit jaunâtre, pouls à quatre-vingt-quinze, assez fort. J'opère sans délai, en présence et avec l'aide de M. le docteur Guiran. J'incise avec les précautions d'usage la peau et les feuillets membraneux sous-cutanés. Je trouve une hernie entérocèle congénitale. La portion d'intestin grêle qui la formait avait huit pouces de longueur; elle était noire, flasque et emphysémateuse, en un mot, évidemment sphacelée. Elle adhérait faiblement à la partie supérieure du sac, et en était séparée inférieurement par une sérosité puriforme très-fétide. L'étranglement formé par le collet de la tunique vaginale était situé dans le canal inguinal, à huit lignes environ au-dessus de l'anneau du grand oblique. Je débride, non sans peine, j'incise ensuite longitudinalement l'anse intestinale, que je laisse au-dehors, et j'introduis dans le bout supérieur une sonde de femme qui donne issue à beaucoup de gaz stercoraux et de matières fécales liquides. A mesure que les matières s'écoulent, le ventre s'affaisse, et le malade est soulagé. La sonde laissée à demeure occasionne des douleurs qui nous obligent de la retirer. Dès lors l'écoulement des matières s'arrête. Les jours suivans, le malade éprouve à diverses reprises des accidens résultant de leur rétention, et nous y remédions chaque fois par le cathétérisme du bout supérieur de l'intestin. Cependant la langue se décharge de l'enduit qui la recouvrait, l'appétit revient, le sommeil renaît, la fièvre cesse, la suppuration s'établit. Le sixième jour,

l'anse d'intestin sphacelée s'est détachée en grande partie, les matières s'écoulent librement sans le secours de la sonde. Le huitième jour, une escarre flottante à la partie supérieure de la plaie bouche l'anus anormal, et donne lieu à de nouveaux accidens dépendans de la rétention des matières. Pendant que je cherchais à sonder l'anus anormal, l'escarre, ébranlée par le bec de la sonde, en est expulsée et est suivie d'une énorme quantité de matières stercorales liquides et gazeuses. Tous les accidens cessent à l'instant. Le neuvième jour, l'étendue de la plaie est diminuée de plus d'un tiers; sa surface est vermeille et fournit une quantité de pus bien proportionnée à son étendue. L'extrémité de l'anse d'intestin qui répondait au bout inférieur est restée vivante; elle est aplatie, a contracté de fortes adhérences par sa face postérieure, et s'est couverte de bourgeons charnus en avant. Le 25 décembre, le malade s'empare de quelques alimens grossiers et les mange avec avidité. Peu d'heures après, coliques, agitations; la nuit suivante, quelques vomissemens de matières porracées. Le 26, l'appétit est perdu, le malade rend par l'anus une grande quantité de matières vertes, mal digérées, et un ascaride long de six ou huit pouces. Dans cet état fâcheux, il apprend de sa mère qu'il aura un anus contre nature peut-être incurable, et s'en affecte vivement. Les jours suivans, encore quelques vomissemens bilieux, déjections abondantes de même nature par l'anus anormal, appétit nul, sommeil agité, traits de la face allongés, narines et joues pulvérulentes, stupeur. La plaie se dessèche, un léger érysipèle se montre d'abord à la cuisse droite, puis à la cuisse gauche, une petite escarre se forme sur le sacrum. Le malade se décourage, s'affaiblit, et succombe le 29, à dix heures du soir.

Autopsie dix heures après la mort. — Les rougeurs érysipélateuses des cuisses ont disparu. Le testicule a contracté des adhérences intimes avec le fond de la plaie, et ne s'y distigue que par la saillie légère qu'il y forme. Sa surface antérieure présente le même aspect que le reste de la plaie; son tissu est parfaitement sain. La portion de l'anse intestinale herniée qui a résisté à la gangrène ne s'est nullement rétractée vers la cavité abdominale; on la voit aplatie et peu saillante à la partie supérieure de la plaie: son orifice est à un pouce ou quinze lignes au-dessous de l'anus anormal; il est rétréci au point d'admettre à peine le petit doigt.

Le péritoine n'est nullement enflammé. A la partie inférieure droite de la cavité abdominale existent des adhérences solides entre le grand épiploon, quelques portions d'intestin et la paroi antérieure du ventre. En détruisant ces adhérences, j'arrive dans une cavité assez grande pour contenir un œuf de poule, formée inférieurement par la partie inférieure de la fosse iliaque à laquelle adhère intimement le bout inférieur de l'intestin grêle, en arrière par le cœur, en avant par la partie inférieure de la paroi antérieure de l'abdomen, en haut par les anses d'intestin grêle que j'ai dit adhérer entre elles. Les diverses parties qui forment cette cavité sont solidement unies les unes aux autres. Les angles rentrans qui existeraient entre elles, si elles étaient seulement contiguës, sont effacés et comblés par des tissus organisés de nouvelle formation. La surface de cette cavité, partout uniforme, présente l'aspect d'une surface muqueuse. Le bout supérieur de l'intestin s'ouvre à la partie supérieure interne de cette cavité, à deux pouces au-dessus de l'orifice de l'anus contre nature. Il présente à cet endroit une section circulaire, nette et nullement frangée, et adhère fortement aux parties voisines par toute sa circonférence. La cavité accidentelle s'ouvre à la partie supérieure de la plaie par une fente transversale, longue d'un pouce, dont les bords se laissent facilement écarter par le doigt. L'anneau inguinal et le collet du sac ne sont plus reconnaissables. Le bout inférieur de l'intestin grêle est rétréci. Mesuré de l'orifice qu'on voit dans la plaie au cœcum, il a une longueur de sept ou huit pouces. On le voit remonter de la partie supérieure de la plaie dans l'abdomen, traverser obliquement la partie inférieure de la fosse iliaque, à laquelle il adhère fortement, plonger dans le petit bassin, et en ressortir aussitôt pour aller s'ouvrir dans le cœcum. La cavité accidentelle et le bout supérieur de l'intestin contiennent une grande quantité de matières liquides d'un vert foncé et de pepins de raisin. Nous ne trouvons aucune rougeur insolite, aucune altération appréciable dans l'estomac et l'intestin. La vésicule du fiel contient beaucoup de bile; les viscères du thorax et l'encéphale sont dans l'état normal.

Ce qui s'est passé dans ce cas diffère essentiellement du phénomène décrit par Scarpa. Ici nous voyons le bout supérieur de l'intestin perdant ses rapports avec le reste du sac, se rétracter fortement dans la cavité abdominale, tandis que le bout inférieur reste immobile dans le collet du sac, qui paraît lui-même ne s'être pas rétracté. Par un admirable mécanisme, les portions de l'intestin grêle contiguës au bout supérieur, après avoir contracté des adhérences avec lui et avec les parties environnantes, l'ont accompagné dans sa rétrocession, et se sont opposées à l'épanchement des matières fécales.

La cavité qui s'était formée dans la fosse iliaque, au-dessous du bout supérieur, diffère essentiellement, soit par sa disposition, soit par le mécanisme de sa formation, de l'entonnoir membraneux du professeur de Pavie.

Il eût suffi, dans ce cas, de détruire la paroi supérieure de la portion du bout inférieur de l'intestin qui adhérait au plancher de la cavité accidentelle, pour établir une libre communication entre cette cavité et le bout inférieur. L'entérotome de Dupuytren aurait pu conduire à ce résultat sans exposer le malade à de trop grands dangers.

Note sur l'orchite blennorrhagique, lue à l'Académie de médecine, le 30 août 1836; par J.-A. Rochoux.

Messieurs,

Le fait dont M. Ricord vous a entretenu dans l'avant-dernière séance est le sixième de ceux venus à ma con-

naissance où l'autopsie démontre l'exactitude de l'opinion que j'ai émise sur le siége et la nature de la maladie appelée improprement *orchite blennorrhagique*, ou testicule vénérien (1). Cela m'engage à dire de nouveau en quoi consiste cette opinion.

Dans un article rempli de faits bien observés et bien décrits, M. Gaussail s'est attaché à prouver que. dans la maladie connue sous le nom d'*orchite*, le testicule est l'organe principalement affecté (2). Au lieu de cela, l'observation m'avait appris, il y a déjà longtemps, qu'à part la portion ordinairement assez petite de la tumeur qui appartient à l'épididyme (3), le reste est formé par un épanchement péritesticulaire, provenant lui-même de l'inflammation de la tunique vaginale. Trois autopsies, dans lesquelles M. Gaussail avait trouvé, avec un testicule sain, ou seulement atteint de lésions chroniques étrangères à la maladie qui nous occupe, les traces les plus évidentes d'une profonde inflammation de la tunique élytroïde, ne pouvaient plus permettre de douter qu'il n'en fût de même dans les cas infiniment plus nombreux où la guérison s'obtient complétement et sans aucun accident fâcheux. Dès lors j'assurai avec conviction qu'il fallait principalement attribuer à l'inflammation de cette tunique la maladie que jusque là on avait regardée comme une inflammation du testicule.

En adoptant cette manière de voir, on saisit facilement l'analogie qui existe entre des faits en apparence assez divers, sur lesquels je crois inutile de revenir ici; beaucoup d'autres perdent en outre le caractère d'étrangeté qu'on semble avoir voulu leur reconnaître. Telle est, par exemple, l'observation d'hydrocèle guérie par le développement d'une orchite, dont parle M. J. Bouquet (4), et le cas d'orchite blennorrhagique observé par Paolini, qui, au contraire, a donné lieu à un hydrocèle (5); peut-être aussi pourrait-on y ajouter la double orchite que M. Ricord vient récemment d'observer (6). En effet, malgré son titre, et quoique la maladie se fût développée sous l'influence d'une blennorrhagie, le testicule était resté étranger au développement de la tumeur de l'un et de l'autre côté. A droite, trois ponctions, la dernière suivie d'injection, avaient amené une guérison radicale; à gauche, la tunique vaginale s'était enflammée après une ponction, et l'ulcération du canal de l'urètre s'était propagé à l'épididyme, puis au testicule, qui, du reste, ne présentait aucun gonflement. Par rapport à la formation des tumeurs, tout s'était donc passé dans la tunique vaginale. Il en avait été de même pour les deux cas avec autopsie observés, l'un par M. Marc Moreau (1), l'autre par M. Reynaud (2). Ces deux faits concourent également à prouver que, dans la prétendue orchite, l'affection de la tunique vaginale joue incontestablement le principal rôle.

M. Marc Moreau (3) s'est amplement rangé à cette opinion; MM. Velpeau (4), Bérard (5) et Forget (6) l'ont adoptée avec d'assez grandes restrictions, il est vrai. Quant à M. Gaussail, il aurait maintenant bonne envie de s'en attribuer la propriété (7), sans trop s'inquiéter de ce qu'il a écrit autrefois pour prouver que l'inflammation occupe surtout le testicule (8). En vous signalant cette dernière circonstance, mon intention, messieurs, n'est pas de vous demander à juger en ma faveur une question de priorité; j'ai seulement voulu attirer un instant votre attention sur un point de pathologie qui a bien quelque intérêt. Mais si, le premier, j'ai pu démontrer ce qu'il est réellement, pourquoi ne le dirais-je pas quand l'occasion s'en présente? Mon bagage scientifique est si léger, que je suis bien excusable de chercher à n'en rien perdre.

N° 48. — 26 Nov.

Mémoire et observations sur la choroïdite; par M. Sichel, D.-M.

L'histoire de l'inflammation de la choroïde est pour ainsi dire un sujet neuf à traiter. A peine si l'on trouve dans les ouvrages quelques indications, fournies d'ailleurs le plus souvent plutôt par la théorie que par l'expérience. La difficulté de bien observer cette forme obscure d'ophthalmie, de même que son existence comparativement rare, sont des raisons suffisantes pour expliquer l'imperfection de ce chapitre de la pathologie ophthalmique. Le seul auteur qui ait publié un travail important sur la choroïdite est M. Mackenzie; encore

(1) Archiv. gén. de méd., mai 1833, p. 51 et suiv.

(2) Mémoire sur l'orchite blennorrhagique; Arch. gén. de méd, 8 octobre 1831, p. 188 et suiv.

(3) Swediaur prétend, au contraire, que la tumeur est entièrement produite par le gonflement de l'épididyme; suivant lui, le testicule ne prend aucune part à sa formation, et il ne soupçonne même pas l'affection de la tunique vaginale. Traité complet des maladies vénériennes, t. 1, p. 116.

(4) Bibliothèque médicale, mars 1831, p. 383.

(5) Arch. gén. de méd., mars 1835. p. 372.

(6) Lancette française, 23 août 1836, p. 399.

(1) Journal hebdomadaire des progrès, 1834, t. II, p. 215: Recherches nouvelles sur le siége de l'orchite.

(2) Journal hebdomadaire des progrès, 20 septembre 1834: Siége de l'orchite, etc., p. 358.

(3) M. Marc Moreau, en disant que j'ai le premier signalé l'épanchement dont la tunique vaginale devient le siége dans l'orchite, avoue avoir observé plus de soixante-dix fois cet épanchement. Journal hebdomadaire, 1834: nouvelles recherches, etc., t. II, p. 212.

(4) Leçon orale du concours.

(5) Concours pour la chaire de clinique externe, 1834, p. 47.

(6) Journal hebdomadaire des progrès, septembre 1834, p. 359, note.

(7) Journal hebdomadaire des progrès: Quelques observations sur le siége de l'orchite, janvier 1835, p. 125.

(8) « Tantôt le gonflement du testicule est de prime-abord » très-considérable; son volume devient double, triple, qua- » druple même de celui qu'il a ordinairement, etc, » Mémoire sur l'orchite blennorrhagique, Arch. gen. de méd. octobre 1831, p. 311.

cet éminent ophthalmologiste a-t-il décrit comme symptôme de cette maladie, plusieurs altérations qu'on doit plutôt regarder comme des suites ou des produits de cette inflammation, tels que l'épanchement séreux sous-choroïdal, le staphilôme de la choroïde, etc.

Malheureusement nous sommes trop souvent dans le cas de ne pouvoir examiner que les productions organiques d'une choroïdite dont la période active est passée sans qu'on lui ait opposé un traitement convenable. L'œil semble alors agrandi, il y a cirsophthalmie générale ou partielle; la choroïdite a fourni des exsudations, etc., etc., et ordinairement on ne nous amène le malade que lorsque déjà il est atteint d'amaurose. Dans d'autres cas, la choroïdite est si latente, que le trouble et la faiblesse de la vue en sont les seuls symptômes appréciables. Il faut alors tout le discernement possible et une attention soutenue pour apprécier à sa juste valeur cette prétendue faiblesse de la vue. Gardons-nous d'user d'un expédient commun, en donnant à la maladie un nom qui ne cache que notre ignorance, de l'appeler amblyopie ou amaurose, et de croire avoir assez fait en prescrivant quelque lotion stimulante ou des frictions volatiles dans l'intention de fortifier des yeux que nous croyons affaiblis! Portons une attention scrupuleuse sur les causes; voyons si elles ont exercé une influence spéciale sur le système veineux, et surtout sur les veines abdominales, sur la menstruation, sur le flux hémorrhoïdal; examinons la constitution du malade, s'il est d'un tempérament à prédominance veineuse; voyons si des agens spéciaux n'ont point affecté fortement les centres de la circulation à sang noir, le foie, la rate, le ventricule droit du cœur; telles sont les passions tristes, la colère, etc.; si les individus atteints d'amaurose se sont trouvés sous une influence propre à augmenter la veinosité du sang; par exemple, dans des pays chauds, dans des localités méphitiques, dans des endroits où règnent des fièvres intermittentes et pernicieuses, etc. Or, dans tous ces cas, il est probable que c'est le tissu veineux de l'œil, la choroïde, qui souffre particulièrement, et les circonstances que nous venons d'indiquer suffiront pour diriger notre attention plus spécialement vers les symptômes souvent peu saillans qui pourront éclairer notre diagnostic.

Si, dans les autres inflammations oculaires, on peut séparer dans les descriptions les caractères anatomiques et physiologiques, afin d'en faciliter l'étude et de faire entrevoir ce qu'il y a de symptômes objectifs et de symptômes subjectifs dans telle ou telle maladie, nous sommes embarrassés de suivre la même marche pour la choroïdite. Ici nous avons affaire à une forme qui nous fournit plutôt des indices négatifs que des phénomènes positifs de son existence. Nous nous expliquons. Tandis que dans l'inflammation de la conjonctive ou de la sclérotique, etc., les altérations anatomiques des tissus affectés sont immédiatement appréciables et accessibles à nos sens, et que l'observation n'est gênée par rien qui soit interposé entre l'objet à observer et l'observateur, il n'en est pas de même de la choroïde, tissu caché dans la profondeur du globe oculaire, couvert en dehors par une membrane fibreuse et opaque, et ne présentant l'aspect de sa surface concave qu'à travers un certain nombre de parties transparentes, dont la réfraction, jointe à l'éclat et au reflet de la surface convexe de la cornée, en rendent l'exploration extrêmement difficile, et exposent à mille illusions optiques.

La choroïde, il est vrai, est souvent secondairement affectée dans les phlegmasies de la sclérotique, de l'iris et de la rétine; la contiguité et la continuité des tissus oculaires sont la cause principale de ces formes compliquées et composées de phénomènes appartenant à diverses membranes. Il est cependant bien des cas où la choroïdite est primitive, où le travail inflammatoire reste même limité à cette membrane, et ne se trahit à l'extérieur que par les altérations qui lui sont propres. C'est principalement de cette dernière forme que nous voulons parler.

Il est rare que dans la choroïdite simple le malade se plaigne dans le principe d'autre chose que d'une légère douleur gravative dans l'intérieur de l'œil, qui s'irradie quelquefois jusque dans la région frontale et dans les tempes. Souvent encore cette affection débute d'une manière tellement insidieuse, que le malade n'accuse pas la moindre douleur. D'autres fois il accuse une sorte de plénitude et de grossissement du globe oculaire qui en gêne les mouvemens. Ces phénomènes sont quelquefois assez tranchés pour être reconnus par le médecin. Le toucher de l'œil affecté fait sentir une certaine rénitence qui n'est pas naturelle. Il nous a semblé que même dans une période peu avancée de la maladie, les yeux de ces malades sont plus saillans que d'ordinaire, et que leur regard a quelque chose de fixe, de roide et (qu'on nous passe le mot) de vitré qui donne à la physionomie une expression hébétée et stupide, différente cependant de celle que nous observons sur les individus atteints d'amaurose.

Le symptôme qui le premier fournit un indice plus positif de l'existence de la choroïdite, c'est la coloration morbide et bleuâtre de la sclérotique. Cette membrane s'amincit par l'effet de la pression du tissu gonflé de la choroïde, qui s'aperçoit à travers. Ce signe assez constant nous met à même de distinguer plusieurs variétés de la choroïdite, selon qu'elle a son siége soit dans le tiers postérieur ou moyen du globe de l'œil, soit dans le corps ciliaire. Dans le début, la choroïdite est presque toujours partielle. L'affection se développe le plus souvent à la partie antérieure de l'œil; la coloration bleuâtre s'étend autour de la circonférence antérieure de la sclérotique et finit par envahir les bords de la cornée. Cette coloration n'est guère uniforme et moins encore dans le principe que lorsqu'elle a gagné une étendue considérable. Quelquefois elle a la forme de plaques, d'autres fois celle de lignes, de stries et de petits sillons. C'est dans la région ciliaire même que nous avons vu quelquefois une zone rayonnée partielle ou totale des lignes bleuâtres, correspondantes à la disposition des procès ciliaires, se dessiner nettement autour du bord de la cornée. La coloration morbide de la sclérotique paraît d'abord surtout dans les interstices des muscles droits.

Bientôt succède à l'altération de la couleur de la sclérotique, l'altération du poli et de l'égalité de sa surface. Les points amincis de cette membrane commencent à s'élever au-dessus de son niveau, et à former ce que les uns ont appelé varices et les autres staphylômes de la choroïde. Il est rare que ce phénomène soit dû à de véritables ectasies des vaisseaux choroïdiens, quoique nous ne contestions pas l'état variqueux de ces derniers dans certaines choroïdites. La protrusion bleuâtre de la sclérotique dépend au contraire le plus souvent de quelques adhérences partielles qui, par l'effet du travail phlegmasique, se sont formées entre la choroïde et la sclérotique, et, à une période plus avancée de la maladie, de l'accumulation d'un liquide séreux épanché dans le vide laissé, par suite de ces adhérences, entre la choroïde et la rétine. L'amincissement de la sclérotique et sa compression par les tissus sous-jacens peuvent devenir telles que ces fibres s'écartent; dans les petits interstices se présentent alors, en forme d'élévations bosselées bleuâtres ou brunâtres, des portions de la choroïde non revêtues par leur enveloppe naturelle, la sclérotique, qui font hernie entre les fibres écartées de cette dernière, et pourraient être regardées comme de véritables procidences de la choroïde. Elles sont toutefois couvertes de la conjonctive scléroticale.

L'iris n'éprouve pas d'altération notable tant que l'inflammation de la choroïde est simple. Elle est presque constamment accompagnée de changement dans la forme de l'ouverture pupillaire, qui, le plus souvent devient transversalement ou perpendiculairement ovalaire. Il est des cas de choroïdite où elle est oblique, tirée plutôt vers un côté que vers l'autre. Ce qui est à peu près constant, c'est que la difformité de la pupille correspond presque toujours au côté affecté de la choroïde, de sorte que sa déviation en dedans coïncide avec la coloration bleuâtre du côté interne de la sclérotique, etc. Il est plus que probable que la cause de la difformité de la pupille est l'adhérence de la choroïde avec la sclérotique, et le tiraillement que cette adhérence exerce, soit sur l'iris, soit sur l'une ou sur l'autre branche des nerfs ciliaires. Le bord pupillaire est parfois frangé, comme si l'on en avait arraché de petits morceaux et qu'on eût mis l'uvée à nu. Il est des cas (nous ne les considérons plus comme simples) où la pupille se retrécit, prend une forme irrégulière, et contracte avec la capsule des adhérences souvent brunâtres et enduites de pigmentum; ces cas peuvent être regardés comme l'extension ou la progression de l'inflammation de la choroïde, à l'iris et à la cristalloïde antérieure. Il est d'autres cas, et ce sont là les plus fréquens, où l'iris se rétracte au point de disparaître presque entièrement et de ne laisser qu'un limbe fort étroit qui circonscrit la pupille énormément dilatée. Le déplacement s'opère presque toujours en haut, et la pupille ne reprend plus sa forme normale, même dans les cas de guérison.

Parmi les signes essentiels de la choroïdite, il faut citer l'apparence du fond de l'œil, visible derrière la pupille. Souvent il paraît bleuâtre, et la pupille est comme remplie de fumée. Le plus fréquemment l'inflammation de la choroïde, surtout lorsqu'elle est aiguë, est accompagnée d'une teinte verdâtre, vert de mer, des parties profondes de l'œil. Dans des cas sur-aigus extrêmement rares, ce signe peut exister au plus haut degré; cependant même alors la guérison de l'inflammation et le retablissement de la coloration normale du fond de l'œil sont possibles. Mais le plus souvent, il est de mauvais augure, en ce qu'il indique la phlogose de la partie postérieure de la membrane, avec une tendance à la chronicité et au terrible glaucôme. Cette teinte verte du fond de l'œil s'explique par les mélanges de la coloration jaunâtre du cristallin à l'âge de quarante à cinquante ans (âge où la choroïdite est la plus fréquente), et de la couleur bleuâtre de la choroïde congestionnée, qui d'après les lois physiques doit produire, une nuance verte.

Le développement de cette affection s'opère quelquefois d'une manière extrêmement rapide; nous l'avons vue se former dans l'espace d'une nuit. L'*hyaloïdite* des auteurs n'est autre chose que l'inflammation de la choroïde.

La part que la cornée transparente prend dans cette affection mérite d'être notée. La ligne de démarcation qui sépare dans l'état naturel son miroir, de la sclérotique, perd sa forme ronde; la sclérotique semble vouloir envahir les limites de la cornée. Elle est d'abord entourée, dans une partie ou dans toute sa circonférence, d'un cercle bleuâtre qu'on pourrait comparer au cercle arthritique dont nous allons parler plus bas. Quelquefois l'opacité s'étend plus loin dans la substance de la cornée. Cette espèce d'élargissement de la sclérotique aux dépens de la cornée transparente se borne à la partie de sa circonférence qui avoisine le point enflammé, et provient de l'extensoin morbide et de la dégénérescence du corps ciliaire. Elle coïncide souvent avec la tuméfaction circulaire de cette partie, connue et décrite sous le nom de staphylôme du corps ciliaire. Cette opacité de la cornée peut quelquefois l'envahir dans une grande étendue et jusqu'à son centre; elle tient peut-être à l'interception de sa nutrition, suite de la compression exercée par les parties sous-jacentes sur sa circonférence ou à quelque autre circonstance que nous ignorons. Un certain degré de kératite, ne se manifestant que par un léger trouble pointillé du miroir de l'œil, et par l'épanchement de matière lymphatique entre ses lames, complique quelquefois l'inflammation de la choroïde et surtout le gonflement de sa partie antérieure. L'épanchement interlamellaire de la cornée peut être épais et ressembler à un leucôme.

Enfin nous avons observé que la congestion choroïdienne peut donner lieu à l'épanchement de sang soit entre les lames de la cornée, soit dans les chambres de l'œil. C'est surtout quand des hémorrhagies habituelles supprimées, telles que les menstrues et les hémorroïdes, sont la cause de la choroïdite que cette exsudation ou extravasation sanguine se présente à l'observation. (M. Ammon a consigné un cas pareil dans son Journal d'ophtalmologie, vol. I, pag. 103 et suiv.)

2 C.

La conjonctive dans la plupart des cas présente un plus ou moins grand nombre de vaisseaux variqueux qui, avant d'aboutir au bout de la cornée, pénètrent dans la sclérotique et semblent s'anastomoser avec les vaisseaux de la choroïde.

Dans tous les cas de choroïdite que nous avons eu à examiner, la conjonctive et le tissu cellulaire sous-conjonctival nous ont offert la distribution particulière de l'injection vasculaire, que nous avons fait connaître ailleurs sous le nom de l'injection arthritique et abdominale. Ici cependant l'injection est beaucoup plus éparse et plus partielle que dans l'opthalmie arthritique. Il n'y a d'ordinaire que peu de troncs vasculaires qui se ramifient de la manière connue; leur nombre et leur situation correspondent quelquefois assez exactement au nombre et au siége des renflemens de la scélotique; dans quelques cas rares, nous avons même pu distinguer l'anastomose que formaient ces troncs avec les varices ou avec les staphylômes du corps ciliaire — L'injection conjonctivo-scléroticale est séparée du bord de la cornée par une ligne blanchâtre ou bleuâtre, connue sous le nom du cercle arthritique; cette dernière, à la vérité, n'est pour nous qu'une combinaison pathologique formée par l'inflammation ou la congestion choroïdienne, la sclérotite et l'affection spéciale du système séro-fibreux, connue sous le nom d'arthritis.

Bien qu'on pourrait croire que l'inflammation d'un tissu aussi voisin de la rétine que celle de la choroïde dût toujours amener avec elle la perte totale de la vue, on a lieu quelquefois de s'étonner du degré de la faculté visuelle que les malades atteints de cette affection ont encore conservé. Ils voient les objets comme à travers un brouillard, une gaze, une fumée, etc. Notre expérience ne nous a rien appris sur la sensation d'une couleur rouge qui, selon M. Mirault, d'Angers, paraîtrait, aux malades affectés de choroïdite, envelopper les objets qu'ils regardent. (Thèse sur l'anatomie et l'inflammation de la cornée transparente, Paris, 1823, page 25). « L'hémyopie et la diplopie, dit Mackenzie, sont assez » fréquemment les seuls symptômes de la maladie en » question, et, longtemps avant qu'on aperçoive une » injection quelconque ou une teinte bleuâtre des yeux, » tous les objets paraissent au malade se trouver à côté » d'une ligne perpendiculaire, troubles, confus, ou » comme doubles, même quand il les regarde d'un seul » œil. La maladie fait-elle des progrès, nous trouvons » quelquefois la cécité complète, même si la choroïde » ne paraît être que partiellement atteinte, tandis qu'en » d'autres cas la choroïde entière est évidemment al- » térée, le globe de l'œil est agrandi et décoloré, pen- » dant que la vue se conserve. »

La photophobie, d'ailleurs rare, n'est pas un symptôme qui est propre à la choroïdite. Si elle a lieu, elle tient à l'irritation de la rétine, qui se trouve comprimée par les tissus gonflés de la choroïde et par la boîte inflexible de la sclérotique, ou à une sclérotite accidentelle. Il en est de même des photopsies, qui cependant méritent toute l'attention du praticien, puisque, lorsqu'elles existent, elles sont un signe précieux qui indique la persistance de la congestion active et qui exige la continuation d'un traitement énergique.

Causes. — Il est de fait que le nombre des femmes atteintes de choroïdite est plus considérable que celui des hommes. Les oscillations du système vasculaire, qui tiennent aux anomalies du flux menstruel, de la grossesse, de la lactation ou de l'âge climatérique, prédisposent singulièrement le sexe à cette affection. Plusieurs fois nous avons été frappés de la couleur rouge-cinabre de l'injection vasculaire de la face chez ces sujets. En seconde ligne des causes de la choroïdite viennent se ranger la disposition hémorroïdale et goutteuse, la suppression de quelque évacuation habituelle, soit physiologique, soit pathologique, etc. M. Mackenzie dit que les enfans scrofuleux y sont plus sujets que d'autres personnes. Nous avons également vu la choroïdite compliquer des ophthalmies scrofuleuses invétérées et profondes, mais plus souvent sur des jeunes filles affectées de dysménorrhée que chez des garçons, et chez ces derniers principalement quand ils présentaient la prédisposition lymphatique, délicate et sanguine; et qu'il y avait dans leur famille une tendance héréditaire aux affections hémorrhoïdales et aux congestions sanguines cérébro-oculaires. C'est probablement ce qui a fait dire à M. Rosar que l'âge de puberté chez les femmes est une des causes prédisposantes principales de la choroïdite.

C'est l'exagération du système veineux de l'œil, la constitution oculaire veineuse qui a particulièrement trait au sujet qui nous occupe; il s'annonce par des yeux proéminens, par une couleur bleuâtre de la sclérotique; un dépôt abondant de pigment noir sur la choroïde, sur la face postérieure de l'iris. Les yeux de cette espèce sont expressifs; on les trouve chez les individus aux cheveux noirs, au teint brun; ils sont propres aux peuples de l'Orient; et, malgré une vigueur apparente, ils sont délicats, doués d'une sensibilité morbide, et supportent peu les fortes impressions. Ces yeux, dit-on, sont disposés à l'amaurose. Or, la perte de la vue dépend, dans ces cas, moins fréquemment qu'on ne le pense, d'une véritable névrose de la rétine; *elle n'est le plus souvent que secondaire :* ordinairement c'est une affection du système veineux, un engorgement sanguin de la choroïde qui conduit à l'amaurose. La choroïde, avec son système vasculaire, c'est la veine Porte de l'œil; elle aussi dépure le sang en sécrétant le pigment noir. Chez les individus doués d'un tempérament abdominal, veineux, la veine Porte devient le siége d'un genre de maladies spécial; de même la choroïde, dont la structure offre une prédominance veineuse, devient le siége d'un genre de maladies tout à fait analogues à celles qui affectent le système vasculaire abdominal. Ces dernières suscitent des troubles graves dans le système nerveux, désignés ordinairement sous le nom d'hypocondrie; les anciens les désignaient plus spécialement sous le nom d'hypocondrie *cum materiâ*. La choroïde, à son tour et dans son état morbide, agit sur le système nerveux de l'œil, et produit des phénomènes morbides secondaires trop souvent envisagés comme primitifs; c'est

ainsi que le sang veineux, dont la circulation ne se fait pas librement dans la choroïde, engendre souvent les illusions optiques les plus bizarres; ces malades croient voir des mouches volantes, des cercles lumineux, des flammes : illusions qui leur donnent de vives inquiétudes, et les mettent dans un état d'anxiété continuelle : c'est une hypocondrie oculaire occasionnée par une distribution inégale du sang de la choroïde. Les hommes dont les yeux sont proéminens, cyanosés, et tels que nous venons de les indiquer, sont sujets à ces visions ; ils y attachent une importance telle, qu'il m'est arrivé de les voir reproduire fidèlement par le dessin les fantômes qu'ils voyaient devant eux, et surtout après les repas : chez eux cependant la vue n'est point affaiblie ordinairement, quoique la guérison de cet état morbide soit aussi difficile que celle de la véritable hypocondrie : cependant, dans la plupart des cas, il n'offre rien de dangereux, et si quelque symptôme alarmant se présente, il est dû plutôt aux moyens mis en usage pour combattre le mal qu'à tout autre motif. Toutefois, je ne conteste pas l'efficacité de certains agens : c'est ainsi que ceux qui diminuent la pléthore veineuse de l'œil peuvent être efficaces, quoique le plus souvent on se voie dans le cas de ne pouvoir la faire disparaître entièrement; l'attention du malade reste fixée sur les fantômes visuels, sa situation morale se rapproche à la fin de la monomanie, et l'expérience apprend que plus le médecin attache d'importance à ce symptôme vis-à-vis du patient, plus on entretient la concentration de ces idées sur sa maladie.

L'abdomen, foyer d'organes dépuratoires qui servent à l'élimination des fluides devenus impropres à l'entretien des fonctions, doit influer fortement sur un tissu qui remplit, dans l'organisation de l'œil, une fonction analogue. Or les stases abdominales, dont l'effet immédiat doit être de charger le système veineux de principes surabondans, ne peuvent manquer de faire ressentir leurs effets à la choroïde, et la vraie médication curative doit consister ici à régler l'action dépuratoire des organes primitivement affectés.

Sous le rapport du pronostic, et plus encore sous celui des chances de succès qu'offrent les opérations pratiquées sur les yeux, il est très-important de ne point méconnaître le tempérament oculaire dont il s'agit; plus d'une fois il arrive de voir l'opération de la cataracte sans résultat, sans qu'on puisse se rendre raison de l'insuccès qu'on rencontre, l'iris, la pupille et la cornée n'offrant aucune altération appréciable.

Les yeux à système veineux prédominant conduisent à ces mécomptes; l'inflammation s'y développe facilement sans que cet accident fâcheux, qui suit souvent l'opération de la pupille artificielle et de la cataracte, s'annonce par des phénomènes spéciaux. Les yeux de l'espèce dont il s'agit prédisposent à la choroïdite arthritique et à son résultat morbide, le glaucôme (1).

Terminaisons. — La choroïdite, quelle que soit l'apparence désespérée de cette affection, est susceptible de guérison ; notre expérience nous autorise à émettre cette assertion. Non-seulement à l'aide d'un traitement bien dirigé nous avons vu quelquefois la faculté visuelle se rétablir à une perfection à laquelle on ne s'attendait pas, vu la dégénérescence avancée du globe oculaire, mais nous avons même été témoins de la disparition partielle des altérations de la choroïde et de la sclérotique qu'on avait d'abord supposées comme incurables. Dans ces cas d'issue heureuse, la coloration livide de la sclérotique diminue, cette membrane récupère en grande partie son égalité. Mais il est rare que la difformité de la pupille disparaisse entièrement.

Le rétablissement partiel de la vision est une terminaison plus fréquente. Souvent le mal résiste opiniâtrément aux moyens les plus énergiques; l'affection fait des progrès, la dégénérescence staphylomateuse augmente, et on peut être content si l'on parvient à affaiblir les douleurs du malade, à arrêter les progrès du travail inflammatoire et à mettre des bornes à la dégénérescence staphylomateuse ; la vue reste irrévocablement perdue.

Le staphylôme de la choroïde (appelée par d'autres staphylôme de la sclérotique), résultat de la choroïdite, peut être regardé comme une de ses terminaisons. Nous avons dit plus haut qu'il est ordinairement dû à l'adhérence qui s'est formée entre la choroïde et la sclérotique, joint à l'amincissement de cette dernière et à la protrusion de ces membranes réunies par l'action mus-

(1) Qu'on nous permette de joindre à cette digression quelques mots sur la constitution *artérielle* et *nerveuse* de l'œil, afin qu'on puisse saisir l'ensemble de nos idées sur ce point intéressant d'étiologie.

Le tempérament oculaire *sanguin-artériel* se rencontre fréquemment. La couleur des yeux tient le milieu entre le teint foncé des complexions veineuses et le teint clair-bleu des yeux à tempérament nerveux. La conjonctive s'injecte facilement. Ces yeux sont prédisposés à des inflammations actives, affectant de préférence les tissus de l'hémisphère antérieur, et parmi ces tissus, les superficiels plus que les profonds ; la sclérotique, l'iris et la membrane de Descemet s'enflamment facilement. La marche des maladies présente, dans ces yeux, un caractère franc : sous ce rapport, ils offrent un contraste avec le tempérament oculaire veineux, dans lequel les maladies ont un caractère insidieux.

Le tempérament est *nerveux* quand l'œil présente, avec un teint bleu et clair, une expression particulière de douceur ; il offre une certaine transparence, brille comme l'émail ; l'exhalation de la surface palpébrale est toujours active, au point que l'œil paraît comme inondé de larmes ; l'iris est d'une mobilité extrême, la sensibilité exaltée sans que l'œil supporte de grandes fatigues ; la vue toutefois est bonne ; ces yeux sont sujets aux affections nerveuses de l'appareil optique. Or les travaux qui exigent de grands efforts de la vue, comme l'horlogerie, l'orfévrerie, ceux relatifs à des recherches microscopiques, sont très-nuisibles aux complexions de cette nature ; là les affections morbides présentent des caractères que nous avons décrits en parlant de l'inflammation chronique de la rétine, exaltation morbide de la sensibilité avec défaut de ton à la première période, suivie d'une espèce de paralysie nerveuse.

culaire, quelquefois aussi l'épanchement d'un liquide séreux dans le vide laissé entre la choroïde et la rétine.

La *cirsophthalmie* des auteurs, citée quelquefois comme une des terminaisons de la choroïdite, n'est rien autre chose que l'assemblage de ces élévations bleuâtres, connues sous le nom de staphylôme de la choroïde ou du corps ciliaire. Elle n'est pas toujours la suite de l'inflammation choroïdienne; dans des cas de suppuration intra-oculaire, le pus épanché dans la cavité oculaire comprime le corps vitré, en amène la résorption et en occupe la place; et à mesure qu'il augmente de quantité, il distend la rétine, la choroïde et la sclérotique, et finit par amincir cette dernière à un degré tel, que la choroïde visible partout donne au globe oculaire cet aspect bleuâtre, presque uniforme, que les auteurs ont appelé cirsophthalmie, et qui, n'ayant rien de commun avec l'état variqueux des veines oculaires, est bien loin de mériter ce nom. Des épanchemens purement aqueux dans l'intérieur de l'œil peuvent produire des phénomènes semblables.

La marche de la choroïde est aiguë ou chronique; elle est le plus souvent subaiguë. Dans la majorité des cas, elle n'affecte d'abord qu'un seul œil; ce n'est qu'après quelque temps que l'autre prend part au travail morbide.

Anatomie pathologique. — Les altérations que la choroïdite laisse après elle sont fort remarquables. Nous ne faisons ici que les énumérer, en en réservant la description détaillée pour un ouvrage spécialement destiné à l'anatomie pathologique de l'œil.

La choroïde, membrane très-vasculaire et chargée d'une sécrétion importante, donne facilement lieu, dans l'état de l'inflammation, à l'exsudation d'albumine ou de sérum. L'une et l'autre surfaces de la choroïde peuvent s'affecter; nous trouvons des épanchemens lymphatiques ou séreux tantôt entre la sclérotique et la choroïde, tantôt entre celle-ci et la rétine. Ces altérations se trouvent quelquefois réunies sur le même œil.

La choroïde est épaissie ou amincie; le pigmentum a le plus souvent disparu en totalité ou en partie; il ne reste de la choroïde qu'un tissu mince et pâle-jaunâtre. Dans des cas rares on a trouvé dans la choroïde des varicosités, qui probablement furent le résultat d'une inflammation qui avait précédé.

La sclérotique est amincie dans les points où elle s'est trouvée comprimée par le tissu gonflé de la choroïde, par les épanchemens sous-choroïdaux ou sous-rétiniens, ou enfin par les varices de la choroïde. Ces dernières ne se voient cependant pas aussi fréquemment qu'on l'a supposé, avant qu'on eût fait des recherches plus exactes et anatomiques sur ce sujet.

L'épanchement séreux sous-rétinien est parfois tel, que la rétine refoulée en dedans et séparée de la surface choroïdale, ne présente qu'un faisceau plissé prenant son origine du nerf optique et s'étendant en avant jusqu'à la cristalloïde postérieure. Le corps vitré a disparu.

M. Staub (Graefe und Walther's, *Journal fur Chirurgie*, etc.; vol. XV) distingue en outre une espèce particulière d'exsudation de matières plastiques, prenant son origine des procès ciliaires. Elle formerait comme un tissu réticulaire derrière la pupille; les bords de cette dernière seraient libres, ce dont on se convaincrait facilement en dilatant la pupille à l'aide de l'instillation de la belladone. Nous n'avons jamais rien observé qui justifierait l'assertion de cet auteur. Nous avons constaté quelquefois la co-existence de l'inflammation de la choroïde et de celle de la capsule; dans ces cas, la pupille est en effet le siége d'une opacité qui peut imiter l'aspect d'un tissu réticulaire. C'est probablement cette complication de la choroïdite qui a donné origine à l'erreur de M. Staub.

(*La suite au prochain numéro.*)



BULLETIN CLINIQUE.

Les faits, leur interprétation.

OCTOBRE 1836.

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

SERVICE DE M. LE PROFESSEUR ANDRAL.

Maladie de Bright.— Hydropisie. — Urine albumineuse.

Salle Saint-Louis, n° 28, fut couché le nommé Jolin, garçon marchand de vin, âgé de 26 ans, à Paris depuis deux ans, d'une bonne santé habituelle dans son pays. Arrivé à Paris, il a été un mois bien portant, mais alors il a eu de la diarrhée, peu d'appétit, de la fièvre, de la faiblesse; cet état a duré six semaines; ensuite il a eu la gale, qui a duré autant. Pendant un mois il a été bien portant; après, il est survenu une pleurésie avec point de côté à droite; il a été saigné; des sangsues ont été appliquées, et il est sorti guéri de l'hôpital Saint-Antoine. Au bout d'un mois il est survenu à la hanche une douleur vive, qui a duré six mois, et dont il reste encore quelques traces. Enfin, depuis le même temps, Jolin éprouve des douleurs vagues dans la poitrine et de la toux. Avant sa pleurésie, il n'avait jamais toussé; mais depuis il tousse continuellement; dyspnée depuis un mois; avant sa pleurésie, il descendait et restait assez longtemps dans les caves.

Etat actuel, 12 *août.* — Pas de céphalalgie, ni d'étourdissemens; pas d'épistaxis; encore un peu de douleur dans la hanche; douleur dans les reins; il y a huit jours, il y a eu aux jambes de l'œdème, qui s'est dissipé depuis deux jours, par le repos; langue naturelle; un peu de diminution de l'appétit; ventre légèrement douloureux à une forte pression; dévoiement continuel depuis quatre mois. Quatre-vingt quatre battemens artériels par minute; dix-huit respirations; conformation normale du thorax; la main appliquée sur le cœur ne perçoit rien d'anormal; la percussion et l'auscultation du cœur ne révèlent rien de particulier du côté de cet organe; toux fréquente, suivie d'une expectoration muqueuse; parmi les crachats, quelques-uns sont striés de sang; les autres verdâtres et puriformes; râle muqueux en avant et à gauche, depuis la clavicule jusqu'en bas; le son est moins clair dans la même étendue.

Sueur habituelle depuis un mois, la nuit surtout; cette sueur occupe tout le corps; urines faciles et naturelles pour la quantité; rien d'appréciable à la région des reins. Son père, âgé de 56 ans, bien portant; sa mère, morte à la suite d'une couche. Frères et sœurs bien portans, ne toussant pas, n'ayant jamais craché de sang.

On applique deux ventouses scarifiées sous la clavicule gauche. — Eau de gomme, potion gommeuse.

Le 15 août. — Le râle muqueux prend les caractères d'un gargouillement prononcé, depuis la clavicule gauche, jusqu'au niveau du mamelon; son mat, dans la même étendue; en arrière, également, le son est mat; les pieds sont enflés; la face est bouffie; ventre volumineux; fluctuation évidente (ascite). L'urine, pour la première fois, traitée par l'acide nitrique, donne un dépôt albumineux abondant. Ce dépôt ne se redissout pas par un excès d'acide nitrique.

Les jours suivans, même état, même dépôt laiteux par l'acide nitrique.

Le 22 août. — Le malade se plaint de douleurs extrêment vives dans la région du rein gauche; l'état de la poitrine s'aggrave; l'ascite augmente, diarrhée abondante.

Les jours suivans, la douleur des reins persiste; vomissemens nombreux, bilieux; même état albumineux des urines.

Le 29 août. — Douleurs reinales moins vives; dépôt abondant dans l'urine par l'acide nitrique. L'urine, traitée par la chaleur seule, a donné également un précipité albumineux abondant.

Le 3 septembre. — Vomissemens, prostration considérable, douleur aux régions reinales, œdème et ascite considérables, gargouillement très-marqué sous la clavicule gauche; dépôt albumineux très-abondant dans les urines par l'acide nitrique.

Le 19 septembre. — La prostration est de plus en plus prononcée; l'état des urines analysées tous les jours avec soin, a toujours donné un précipité albumineux abondant par l'acide nitrique.

Le malade s'éteignit à la manière des phthisiques, le 20 septembre, à cinq heures de l'après-midi.

Autopsie cadavérique, faite 24 *heures après la mort.* — *Temps sec.*

— Peu de raideur cadavérique; les membres sont un peu infiltrés de sérosité; les parties les plus déclives des membres et du tronc, sont le siége de vergetures nombreuses, des lignes d'un rouge livide, arborisées, indiquent le trajet des veines du thorax; teinte violacée des mains et de la face. Cette teinte existait dans les derniers temps de la vie.

Cavité thoracique. — Les poumons sont adhérens à la plèvre costale: ces adhérences, beaucoup plus fortes à gauche qu'à droite, le sont surtout au sommet des deux poumons. Ceux-ci sont flasques, mous; leur tissu,

d'un rouge lie de vin, est gorgé d'un liquide abondant, et ils présentent l'aspect et la consistance de poumons qui auraient subi un degré assez avancé de putréfaction ; leur sommet est creusé par un grand nombre de cavernes, en général petites, si ce n'est à gauche, où quelques-unes ont acquis des dimensions beaucoup plus grandes : ces cavernes règnent dans une grande hauteur, et à gauche, on en trouve dans presque toute l'étendue du poumon. Outre ces cavernes, on rencontre à droite, principalement où la fonte tuberculeuse est moins avancée, des tubercules disséminés en grand nombre au milieu de la substance pulmonaire.

Le péricarde paraît sain. — Le cœur, d'un volume assez petit, a conservé une résistance et une fermeté assez grandes ; son tissu est d'un rouge normal ; ses cavités ont leurs dimensions les plus naturelles ; ses orifices sont libres, et ses valvules saines; les cavités étaient remplies par un sang noir, diffluent, coulant comme de l'huile, comme si le sang, de même que les poumons et les organes parenchymateux de l'abdomen avaient déjà subi un degré avancé de putréfaction ; la surface interne des quatre cavités du cœur, et surtout des oreillettes, ainsi que la surface des valvules, sont d'un rouge foncé et d'un aspect tout particulier qui ne permet pas de douter que cette coloration ne soit le résultat d'une imbibition cadavérique, surtout lorsqu'on considère la nature du sang qu'on retrouve dans le cœur, et qui communique aux organes avec lesquels on le met en contact, une teinte absolument semblable à celle qu'ont acquise les cavités du cœur. L'aorte saine, renferme une quantité assez considérable de sang noir, comme huileux, de même que le cœur ; elle a comme lui contracté la même coloration : il en est ainsi de la veine cave inférieure qui seule a été examinée.

Cavité abdominale. — Epanchement assez considérable d'une sérosité transparente.

Le foie, assez volumineux, est mou, flasque et peu résistant ; comme la plupart des organes, il se laisse traverser avec la plus grande facilité par le doigt qui cherche à le déchirer; son tissu, d'un rouge-brun très-foncé, regorge un sang noir, poisseux, qui ruisselle de toutes parts par les incisions nombreuses qu'on y pratique, on n'y découvre du reste aucune altération organique quelconque. La vésicule du fiel paraît saine.

La rate, faisant, pour ainsi dire, exception avec le tissu du cœur, n'offre pas la flaccidité des autres organes; elle offre sa résistance à peu près normale; peut-être, cependant, celle-ci est-elle un peu moindre que dans les cas les plus ordinaires; toutefois, ce défaut de consistance, s'il existe, est peu prononcé ; sous sa membrane propre, entre elle et son tissu, existent cinq à six tubercules très-petits : l'un d'eux existe dans l'épaisseur même de l'organe ; tous sont accumulés dans l'extrémité inférieure de la rate.

Le pancréas n'a pas été examiné.

L'estomac est pâle, developpé et sillonné par de larges veines brunâtres qui se dessinent à travers sa muqueuse ; celle-ci est diffluente et se laisse enlever avec le dos du scalpel comme un véritable détritus.

Le reste du canal intestinal est blanc et décoloré comme l'estomac, moins la muqueuse qui offre un aspect moins velouté, et se trouve beaucoup moins ramollie. A partir de la réunion du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs de l'intestin grêle, on rencontre une première ulcération d'un pouce environ et régnant dans toute la circonférence de l'intestin : de sorte que la membrane muqueuse se trouve interrompue dans l'étendue d'un pouce et qu'il n'y a aucune communication entre la portion de la muqueuse qui est au-dessus, et celle qui se trouve au-dessous ; sur les limites de l'ulcération, la muqueuse est coupée perpendiculairement, comme par un emporte-pièce, et le fond de l'ulcération, constitué dans quelques points par la membrane séreuse, elle seule, porte des débris de tubercules ; ceux-ci sont surtout très-visibles lorsqu'on considère l'intestin par la face externe. A partir de ce point jusqu'au cœcum, on retrouve, à des distances plus ou moins éloignées, six nouvelles ulcérations absolument semblables à celle qui vient d'être décrite. De ces ulcérations, les unes sont un peu plus étroites, d'autres, parfaitement régulières, ont jusqu'à deux pouces de largeur; toutes occupent tout le pourtour de l'intestin, en forme d'anneau ; une seule fait exception à cette disposition générale et n'occupe environ que la moitié de la circonférence intestinale ; elle se termine par deux extrémités rétrécies qui vont à la rencontre l'une de l'autre.

Le cœcum est couvert d'ulcérations de même nature, mais de forme irrégulière et qui offrent toutes sortes de dimensions.

Le gros intestin, pâle comme le reste du tube intestinal, présente, vers le milieu de son étendue, une ulcération beaucoup plus large que toutes les autres, mais de même nature qu'elles. Cette ulcération, quoique n'occupant pas toute la périphérie de l'intestin, est allongée transversalement à l'axe de l'intestin, et ses deux extrémités tendent à se rapprocher pour compléter l'anneau.

Organes urinaires. — Reins. — Le rein gauche, près de deux tiers plus volumineux que dans les cas les plus ordinaires, est flasque et paraît, à la vue, ramolli ; la surface de la coupe qu'on y pratique, est grasse et veloutée : toutefois, son tissu résiste bien à la pression qu'on exerce sur lui entre les doigts; sa couche corticale est décolorée et tend au fauve un peu clair (anhémie de la substance corticale). Cette décoloration est générale. Elle se retrouve à la surface externe de l'organe et dans toute l'épaisseur de cette couche. Entre cette décoloration manifeste et cet aspect gras et velouté du rein et des sections qu'on y pratique, sa couche corticale est très-hypertrophiée et envahit de toutes parts la portion tubuleuse qui, atrophiée, est réduite dans quelques points, surtout vers la partie moyenne du rein, à quelques linéamens, et à des portions mamelonnées très-petites et de forme indéterminée. Dans d'autres, cette couche corticale, du reste, n'offre pas de granulations anormales appréciables. Elle est striée de lignes rougeâtres, irrégulières qui, de la convexité du rein, se concentrent vers son bord concave. La substance tubuleuse, outre l'état d'atrophie dans lequel elle se trouve,

présente une injection rouge-brune, assez foncée, qui contraste avec la décoloration de la substance corticale. Les calices et le bassin ne présentent rien de particulier à noter. Il en est de même de l'uretère.

Le rein droit, un peu moins volumineux que le gauche, offre absolument les mêmes caractères anatomiques que celui-ci. C'est la même décoloration de la substance corticale, la même injection de la substance tubuleuse; seulement, l'hypertrophie de celle-là, l'atrophie de celle-ci, sont un peu moins prononcées. Les calices, le bassinet et l'uretère comme du côté gauche, ne présentent aucun état particulier.

La vessie est dans l'état le plus normal. — Les centres nerveux n'ont pas été examinés.

Réflexions. — On a beaucoup exagéré jadis l'importance des signes tirés des urines. Les auteurs anciens nous ont laissé des traités fort étendus sur ce sujet; mais il s'en faut de beaucoup que l'expérience ait confirmé toutes leurs assertions. A peine reste-t-il aujourd'hui un petit nombre de signes qui aient conservé quelque faveur. Cette partie de la séméiotique, cultivée avec tant de zèle autrefois, est presque de nos jours tombée en désuétude. Dans la pratique particulière, on s'éclaire encore quelquefois des lumières que peuvent donner les qualités de l'urine; mais, dans les hôpitaux, on néglige presque toujours ce mode de diagnostic, à moins que la maladie, soumise à l'observation du médecin, n'ait son siége dans les voies urinaires, ou n'exerce une influence bien sensible sur ces organes (1). Il existe encore une classe de gens qui ne méritent pas le nom de médecins, et qui exploitent à leur profit cette branche de la séméiologie. Ces charlatans qui déshonorent la police qui les tolère, ces charlatans, dis-je, prétendent reconnaître, à la seule inspection des urines, quelle est la maladie dont sont affectées les dupes qui réclament leurs conseils; et le public stupide remplit chaque jour les antichambres de ces misérables.

L'urine, dans l'état de santé, ne contient pas d'albumine; tous les chimistes sont d'accord à cet égard. On a démontré l'existence de l'albumine dans une foule de maladies des plus variées. Desault et Chopart avaient annoncé que l'urine des calculeux contenait de l'albumine. M. Chevalier en a trouvé dans l'urine d'une personne affectée de syphilis et soumise à un traitement mercuriel. Peschier, dans un cas d'hystérie; M. Henry, dans le rhumatisme aigu. En 1806, MM. Dupuytren et Thénard, ont signalé la présence de la matière albumineuse dans l'urine d'un diabétique, quand la matière saine avait disparu. L'urine albumineuse a encore été rencontrée dans d'autres affections, et en particulier dans les hydropisies; mais des recherches récentes paraissent démontrer de plus en plus que l'urine des hydropiques ne contient de l'albumine que lorsque, chez les malades, existe cette affection des reins connue sous le nom de maladie de Bright; et l'observation précédente en fournit encore un exemple. Le malade qui fait le sujet de ces réflexions, avait contracté, peu de temps avant son entrée à l'hôpital, une blennorrhagie dont l'écoulement était peu abondant. Faudrait-il ici, par exemple, expliquer la présence de l'albumine par le fait de la blennorrhagie? Nous ne le pensons pas, et il est beaucoup plus rationnel de rattacher l'urine albumineuse aux lésions graves des reins qui ont été décrites plus haut. En effet, dans la blennorrhagie urétrale, l'urine n'est pas altérée dans sa composition, sauf le mélange d'une petite quantité de matière purulente poussée au dehors avec les premiers jets; mais si l'inflammation se propage vers la vessie, l'urine peut devenir sanguinolente; alors les réactifs y démontrent un peu d'albumine. Dans les premiers temps qui suivent la cessation d'une blennorrhagie, l'urine présente plusieurs petits filamens sous forme de vers blanchâtres d'une ligne au plus de longueur, composés de pus concrété qui provient probablement des follicules de Morgagni. Chez le sujet de cette observation, l'urine, avant d'être traitée par l'acide nitrique, était parfaitement claire et transparente; de plus, chez lui, la vessie était parfaitement saine. Ici, il y a lieu à rechercher si dans d'autres affections des reins que dans celle décrite par Bright, on retrouverait de l'albumine dans l'urine: le temps seul peut résoudre cette question importante. C. Hamon.

(1) A l'hôpital de la Charité, service de M. le professeur Andral, les urines de chaque malade sont examinées, traitées par l'acide nitrique et par d'autres réactifs, quand le cas l'exige.

Sur un nouveau procédé pour arrêter les hémorrhagies nasales. Sujet d'une dissertation par M. le docteur L. Lapeyroux.

Le nouveau procédé que préconise le docteur Lapeyroux, consiste dans l'emploi d'un instrument nouveau, inventé par M. Martin-St-Ange, dans le but d'arrêter par la compression les hémorrhagies nasales, et qu'il a nommé Rhinobyon.

L'auteur divise son travail en quatre parties:

1° Il étudie la disposition anatomique des fosses nasales qui l'éclaire sur le choix de la méthode qu'il faut préférer dans le but qu'il se propose.

2° Il décrit avec exactitude et clarté les moyens employés jusqu'à ce jour pour arrêter les hémorrhagies nasales. Le procédé de Dessault; le procédé par la sonde de Bellocq; la méthode de Bell, de Miquel d'Amboise. Il discute ces divers procédés, et en montre les inconvéniens.

3° Il parle du procédé du docteur Martin-St-Ange qui est celui qui fait l'objet de son travail et qu'il regarde comme le meilleur. Voici ce qu'il dit à ce sujet « pour procéder au tamponnement des fosses nasales, il faut avoir une sonde droite en argent, longue de quatre pouces, environ, évasée en cône à l'une de ses extrémités, terminée de l'autre part par un petit mamelon perforé. Le pavillon ou cône supporte deux œillets placés sur le même plan que le robinet qui se trouve cinq

lignes au-dessous; plus loin et vers son extrémité, l'instrument présente dans l'étendue d'environ un pouce des rainures circulaires. Enfin, un curseur muni d'une languette dirigée dans le sens opposé au pavillon et divergeant légèrement de l'axe de la sonde, peut, à l'aide d'une vis de pression trouver un point fixe sur toute l'étendue de la sonde. On adapte sur l'extrémité striée une petite vessie de lapin, de cochon, etc, qu'on ramollit en la trempant dans l'eau et on la serre par une forte ligature, etc, etc. Les choses ainsi disposées, on mouille suffisamment la vessie, on la plie sur l'instrument ou bien on en coiffe, pour ainsi dire, la sonde et on l'introduit dans la narine, en lui faisant suivre la direction du plancher des fosses nasales. Arrivé à l'ouverture postérieure de ces cavités, on injecte, à l'aide d'une petite seringue, de l'air ou de l'eau froide dans la vessie; celle-ci se dilate aussitôt et lorsqu'elle est suffisamment remplie on ferme le robinet. La vessie ainsi gonflée forme une poche ou tampon élastique qui, cédant sur tous les points aux tractions faites sur elle, au moyen de la sonde, se moule exactement sur l'ouverture postérieure de la fosse nasale. Cette première indication remplie, on introduit un peu de charpie dans la narine; l'on fait avancer jusque-là le curseur que l'on y fixe par un tour de vis; de cette manière les deux ouvertures nasales du même côté se trouvent parfaitement bouchées. Lorsqu'on veut retirer l'instrument, il suffit d'ouvrir le robinet et de laisser vider la vessie. »

4° Dans cette partie, M. Lapeyroux démontre les avantages de la méthode du docteur St-Ange sur les procédés de Dessault, de Bellocq, de Bell, de Miquel, qui ont des inconvéniens marqués dans leur application. Il trouve avec raison que par le procédé qu'il veut préconiser, on peut agir sans le secours d'un aide, qu'on peut fermer avec exactitude et précision les ouvertures nasales, et éviter les souffrances du patient en retirant tout le parti possible de l'action du froid sur la muqueuse nasale. La science doit savoir gré à M. Lapeyroux, de ses efforts pour préconiser un moyen qui fait honneur à son inventeur. On lui doit d'avouer qu'il a su tirer le plus grand parti de son sujet.

JOURNAL

DES

CONNAISSANCES MÉDICALES.

NOVEMBRE 1836. (1)

Essai sur les rapports qui existent chez l'homme entre les symptômes de la maladie vénérienne et les affections consécutives de la peau, appelées SYPHILIDES; lu à l'Académie de médecine le 4 octobre 1836 : par CH. MARTINS, D.-M., ancien interne à l'hôpital Saint-Louis.

Les symptômes consécutifs de la maladie vénérienne ont fixé de tout temps l'attention des observateurs ; mais il en est peu qui se soient occupés de déterminer les rapports exacts qui existent entre ces affections secondaires et les symptômes primitifs de la syphilis. Carmichaël est le seul qui ait écrit *ex professo* sur cette matière; dans les autres, on ne trouve que des opinions peu motivées et le plus souvent contradictoires. Frappé de cette lacune, je m'efforçai, pendant les deux années que j'eus l'inappréciable avantage de passer à l'hôpital Saint-Louis, comme élève interne dans le service de M. Biett, de résoudre par l'observation quelques-unes des questions que l'on peut se proposer à ce sujet; mais, pour simplifier ma tâche, je laissai de côté les affections secondaires, telles que les exostoses, les douleurs ostéocopes, les ulcérations de la gorge, pour m'occuper exclusivement des maladies de la peau appelées syphilides. Aux quarante-quatre observations que j'avais recueillies moi-même, j'en réunis seize autres que je trouvai dans les auteurs, et j'analysai avec soin ces soixante cas, sous forme de Tableau synoptique, pour en tirer les conséquences qu'ils recélaient. Un long Mémoire a été le résultat de ce travail, dont je soumets les principales conclusions au jugement de l'Académie, sans rappeler avec détail l'opinion des auteurs sur chaque question, ni justifier les moyens par lesquels j'ai tâché de découvrir la vérité, de peur d'abuser des momens de l'illustre compagnie devant laquelle j'ai l'honneur de parler.

Quels sont les symptômes primitifs qui sont suivis le plus souvent de syphilides ?

Telle est la première question que je me suis posée. Les avis des auteurs étaient partagés : Albers et M. Petit de Rennes, affirment que c'est la blennorrhagie; Girtanner, Swédiaur, Carmichaël, MM. Rayer, Fricke de Hambourg et Ricord, que ce sont les chancres. J'ai tâché de préciser ces rapports de fréquence, et de m'assurer en même temps s'il existe, comme le pense Carmichaël, un rapport constant entre la nature des symptômes primitifs et celle des syphilides consécutives; les faits m'ont amené aux conclusions suivantes :

I. *Blennorrhagie.*

1° La blennorrhagie, considérée comme cause des syphilides, est aux autres symptômes dans la proportion de 1 à 3; mais la blennorrhagie étant d'après mes observations, trois fois plus commune que tous les autres symptômes primitifs réunis, le rapport doit être modifié, et devient comme 1 à 9, en supposant que toutes les blennorrhagies soient syphilitiques ; cette proportion est encore beaucoup trop forte si l'on admet que la plupart des écoulemens chez l'homme ne sont pas vénériens : donc,

2° La blennorrhagie donne rarement lieu aux syphilides consécutives.

3° La durée de la blennorrhagie n'a aucune influence sur la production des syphilides.

4° La complication de la blennorrhagie avec une orchite ou des bubons n'ajoute rien à sa gravité, par rapport aux affections secondaires.

II. *Chancres.*

1° Les chancres simples, comparés aux blennorrhagies vénériennes simples, sont suivis de syphilides dans la proportion de 3 à 1 environ.

2° La complication des deux affections par un bubon ne change pas leurs rapports et n'ajoute rien à leur gravité.

3° Les chancres accompagnés, précédés ou suivis d'autres symptômes d'infection, comparés aux chancres sans complications, sont évidemment la cause la plus fréquente de syphilides, et cela dans la proportion de 11 à 3.

III. *Symptômes consécutifs.*

Quelles sont les syphilides qu'on observe le plus com-

(1) Ce journal dont la publication avait été suspendue par les éditeurs de Paris, vient de reparaître. Nous continuerons d'offrir à nos lecteurs tout ce qu'il pourra renfermer d'intéressant.

(*N. du R.*)

munément? Leur nature est-elle déterminée par celle des symptômes primitifs?

Voici les résultats fournis par l'observation :

1° Les syphilides papuleuses sont les plus communes de toutes; leur nombre est à la somme de toutes les autres dans la proportion de 12 à 35.

2° Les syphilides véritablement pustuleuses (*Ecthyma syphiliticum*) sont les plus rares de toutes chez l'adulte.

3° Tous les genres de syphilides succèdent indifféremment a tous les symptômes primitifs, excepté peut-être la syphilide pustuleuse, qui, d'après mes observations et celles de Carmichaël, est toujours précédée de chancres seulement.

4° Les syphilides graves, telles que les tubercules et les ulcérations, succèdent aussi souvent à des blennorrhagies qu'à des chancres.

5° Plus de la moitié des syphilides affectent en débutant la face ou le cuir chevelu.

J'ai supposé jusqu'ici que la maladie primitive avait été pour ainsi dire abandonnée à elle-même, qu'elle suivait sa marche naturelle; or, comme l'art intervient presque toujours, il faut apprécier l'influence du traitement et celle des préparations mercurielles en particulier. Pour cela, j'ai compulsé beaucoup d'auteurs, analysé beaucoup de tableaux statistiques, et la variété des résultats obtenus m'a fait penser que le traitement des symptômes primitifs n'avait aucune influence pour prévenir les syphilides consécutives; je formulai donc ainsi mon opinion.

Influence du traitement.

Dans l'état actuel de nos connaissances, l'influence du traitement des symptômes primitifs paraît être nulle sur la production des syphilides.

Le mercure n'est pas doué d'une vertu prophylactique assez énergique pour prévenir pendant toute la vie les individus de la syphilis; son action est actuelle comme celle des autres médicamens, du sulfate de quinine dans les affections intermittentes, du tartre stibié dans la pneumonie, etc.

Influence de la constitution.

Les individus faibles, lymphatique ou scrofuleux, sont plus souvent affectés de syphilides que les autres, dans la proportion de 19 à 13.

La seconde question que je me suis proposé de résoudre est ainsi conçue :

Quelle est la moyenne et quelles sont les limites extrêmes de l'intervalle de temps qui sépare les symptômes d'infection des syphilides secondaires?

Les auteurs anciens, tels que Nicholaus Massa, Joannes Pascalis, Astruc, et les modernes, Hunter, Fabre, J.-L. Petit, Fréteau, Swédiaur, Hennen, Eisenmann, Cullerier, Biett, Albers, etc., ont professé que le temps de l'incubation du virus vénérien après les symptômes primitifs était variable et quelquefois très-long; mais aucun d'eux n'avait encore recherché dans quelles limites de temps la syphilide pouvait apparaître, aucun ne s'était demandé si ces limites étaient les mêmes pour la blennorrhagie et pour le chancre simples, ou accompagnés d'autres symptômes, tels que l'orchite et le bubon : l'observation m'a conduit aux résultats suivans.

I. De la blennorrhagie.

1° Dans la moitié des cas de blennorrhagie simple suivie de syphilides, on voit l'affection cutanée apparaître dans un intervalle de quatre ans : quatre mois et quarante-deux ans ont été les limites extrêmes que j'ai observées.

2° De tous les symptômes primitifs, la blennorrhagie est celui qui est séparé de symptômes consécutifs par les intervalles de temps les plus longs.

3° Ces intervalles sont à ceux des chancres simples comme 57 à 23.

4° La durée d'une blennorrhagie n'a aucune influence pour retarder ou hâter l'apparition de la syphilide.

5° La complication de la blennorrhagie avec des bubons ou des orchites hâte l'apparition des syphilides.

Conclusions générales sur la gravité de la blennorrhagie considérée par rapport aux syphilides consécutives.

« La blennorrhagie est le moins dangereux des symp-
» tômes primitifs, parce que c'est celui qui donne lieu
» le plus rarement, et dans l'intervalle le plus éloigné,
» aux syphilides consécutives. La complication avec les
» bubons ou l'orchite n'ajoute pas sensiblement à leur
» gravité. »

II. Des chancres.

1° La moitié des syphilides qui succèdent à des chancres apparaissent dans l'intervalle de sept mois. Les extrêmes ont été trois jours et trente-six ans.

2° Après la blennorrhagie, le chancre simple est le symptôme primitif qui est séparé des syphilides par les intervalles les plus longs.

3° La durée d'un chancre n'a aucune influence pour hâter ou retarder l'éruption de la maladie cutanée.

4° La complication des chancres avec le bubon, hâte de moitié l'apparition de la syphilide.

5° Les chancres compliqués de blennorrhagie sont de tous les symptômes primitifs ceux qui sont suivis le plus tôt de syphilide. Moyenne, vingt et un mois; termes extrêmes, deux jours et deux ans et demi.

6° Les chancres précédés de blennorrhagie, accompagnés ou non de bubons, ayant récidivé une ou plusieurs fois, donnent lieu à des syphilides qui apparaissent dans un espace de temps qui est à celui des chancres simples comme 3 est à 5.



Conclusions générales sur la gravité des chancres considérés par rapport aux syphilides consécutives.

« 1° Le chancre simple est plus grave que la blen-
» norrhagie, en ce qu'il donne lieu plus souvent et dans
» un intervalle plus rapproché, aux syphilides consé-
» cutives.
» 2° Le chancre récidivant, ou bien accompagné,
» suivi ou précédé de blennorrahagie, est plus grave
» que le chancre simple en ce qu'il donne lieu plus fré-
» quemment et plus tôt aux syphilides secondaires. »

Après avoir déterminé le rapport de temps qui existe entre les symptômes primitifs et les syphilides en général, j'ai dû chercher si certains genres de syphilides survenaient plus tôt que d'autres, et si la longue incubation du virus vénérien avait quelque influence sur leur gravité. Voici les principaux résultats.

1° Les syphilides pustuleuses sont celles de toutes qui succèdent le plus tôt aux symptômes d'infection. (Moyenne, sept mois). Puis viennent les syphilides papuleuses (vingt et un mois), tuberculeuses (cinq-ans), ulcéreuses (huit ans), tuberculo-ulcéreuses (huit ans et demi).

2° La gravité de la syphilide n'est pas mitigée lorsque l'intervalle de temps qui la sépare du moment de l'infection est fort long.

3° Cette gravité n'est nullement en rapport avec la nature ou la complication des symptômes primitifs.

4° Passé l'âge de trente-quatre ans, les chances d'être affecté de syphilide diminuent d'un tiers au moins.

Existe-t-il des causes occasionnelles qui déterminent l'apparition des syphilides? ou, en d'autres termes, l'éruption cutanée est-elle provoquée chez les individus affectés auparavant de symptômes primitifs par certaines circonstances sans lesquelles elle serait restée latente?

Hünter, Nisbeth, Fréteau, Swédiaur, Hecker, et MM. Albers Simon de Hambourg, Casenave, Schedel et Humbert, ont professé cette opinion; ils se sont occupés, par exemple, de l'influence de la température; mais leurs avis sont partagés: les uns attribuent une plus grande action au froid, les autres à la chaleur. Ces expressions de chaleur et de froid offrant quelque chose d'indéterminé et n'ayant de la valeur que lorsqu'on les oppose l'une à l'autre, j'ai cherché à découvrir quelle était la moyenne de température qui favorise le développement des éruptions cutanées vénériennes Les principales conséquences des soixante faits que j'ai analysés sont les suivantes :

1° La chaleur favorise l'éruption des syphilides plus que le froid.

2° L'influence d'une température basse pour nos climats, tels que 3° au-dessus de O, en moyenne, est presque aussi énergique que celle d'une chaleur moyenne de + 16°, puisque les nombres des syphilides produites par ces deux causes sont entre eux comme 3 à 4.

3° Une température moyenne de 6°, 4 paraît la plus propre à empêcher leur apparition.

4° L'influence de la température se fait sentir au bout d'un espace de temps très-court.

5° Le froid et la chaleur artificiels ont les mêmes résultats que la température atmosphérique.

L'action des maladies a été signalée aussi par beaucoup d'écrivains; j'ai trouvé comme eux que, dans un grand nombre des cas, des accidens, des affections internes, des maladies de la peau non vénériennes, des peines morales vives, déterminaient l'éruption de la syphilide latente, qui sans cela, peut-être, serait restée jusqu'à la mort de l'individu.

On ne saurait, je crois, nier l'importance pratique des questions soulevées dans ce Mémoire. J'ai cherché à préciser les cas où, d'après la nature des symptômes primitifs, le médecin pourra rassurer le malade contre la crainte d'une rechute, ou lui faire entrevoir la possibilité d'une syphilide consécutive; j'ai réuni de plus les élémens propres à déterminer l'espace de temps dans lequel cette récidive a lieu en général, et tâché d'apprécier l'influence de l'âge, de la constitution et du traitement pour pouvoir pronostiquer la gravité de la syphilide. La connaissance de leurs causes occasionnelles, peu connues jusqu'ici, fournira d'utiles indications pour placer le malade dans les circonstances les moins favorables à leur développement. Peut-être aussi cet essai jettera t-il quelque jour sur le diagnostic des syphilides déjà si avancé, grâce aux leçons de M. Biett, en fournissant le moyen de trouver dans les signes commémoratifs des caractères nouveaux pour fixer le diagnostic; car si, dans un cas donné, nous trouvons réunies aux caractères pour ainsi dire physique de ces affections, toutes les preuves tirées des symptômes et des circonstances antérieures, alors une simple probabilité se changera en certitude absolue. Je ne me dissimule pas toutefois combien il reste à faire pour épuiser ce sujet; mais, c'est je crois, un des avantages des monographies de signaler les lacunes de la science, tout en cherchant à les remplir. MARTINS, D. M. P.

Recherches expérimentales sur l'absence de contagion de la rage communiquée; par M. CAPPELLO.

La rage, malgré les savantes et pénibles recherches d'un grand nombre d'observateurs, est l'un des plus affligeans exemples des écueils de la médecine et des erreurs des médecins.

Depuis Cœlius Aurélianus, Dioscoride, Aëtius, et Paul d'Ægine, jusqu'à nos jours, que de controverses, que d'idées absurdes et contradictoires sur la cause, le siége, la nature, la transmission et la période d'incubation de la rage! Mais malheureusement, sur cette affreuse affection, nous ne connaissons que la symtomatologie et une foule de traitemens, qui, pendant dix-huit siècles, ont été proposés par la médecine, le charlatanisme et la superstition.

Les recherches de M. Cappello nous paraissent jeter un peu de lumière sur l'étiologie de la rage et sur son mode de transmission; et comme les idées de cet habile

expérimentateur sont à peu près ignorées en France, nous avons cru devoir les faire connaître à nos lecteurs pour les mettre à même de répéter ses expériences et faire disparaître certains préjugés sur le degré de contagion de la rage et sur son mode de transmission.

M. Cappello, qui, depuis beaucoup d'années, s'est livré avec ardeur à des recherches sur la rage, a publié deux Mémoires dans lesquels il cherche surtout à prouver que la rage, après sa première transmission à un autre animal, sans en excepter les espèces du genre *canis*, ne conserve plus sa propriété vénéneuse, mais que cette propriété est détruite sans que l'affection puisse se reproduire comme les maladies contagieuses. Voici les faits principaux que présente le docteur Cappello à l'appui de son opinion.

Observation première. — Dans la campagne de Caserano, tout près de Tivoli (environs de Rome), un chien affecté de rage spontanée mordit un jeune homme nommé Dominique Giaco, âgé de vingt-quatre ans. La plaie, après avoir donné quelques gouttes de sang, se cicatrisa, et le jeune homme parut jouir d'une bonne santé. (Il n'est donc pas constant, comme des auteurs l'ont avancé, que la blessure reste ouverte). Un bœuf avait été mordu en même temps, et le chien disparut. Trois jours après la morsure, le bœuf fut assailli des symptômes de la rage; il mordit beaucoup d'animaux de son espèce et d'espèces différentes, jusqu'à ce qu'on l'eut tué en lui tirant plusieurs coups de fusil; mais aucun des animaux mordus ne fut affecté de la rage.

L'accident du bœuf épouvanta tellement le jeune homme qui avait été mordu en même temps, que, malgré sa bonne santé, il se décida à subir un traitement: on appliqua douze sangsues sur la partie affectée; on pratiqua, selon la méthode de Wendelstadt, les lotions d'hydrochlore (acide hydrochlorique) quatre fois dans la journée; on appliqua aussi le cautère actuel, lequel agrandit la plaie de manière qu'elle ne pût se cicatriser. Il s'était passé quatre mois, et on aurait cru que ce jeune homme était à l'abri de tout accident, lorsqu'il devint triste et se mit à pleurer. On lui donna de l'huile de ricin unie au protochlorure de mercure; quatorze sangsues furent appliquées à l'anus, et en même temps on lui tira une livre de sang du bras gauche. La tristesse et la crainte s'accrurent rapidement; toutes les trois heures on lui administra par force deux à trois grains de racine d'*Atropa belladona*, qu'on continua pendant trois jours sans aucun succès. Les bords de la plaie étaient devenus fongueux, et on l'irrita avec la poudre de cantharides. La maladie faisait des progrès; l'aversion pour les boissons, pour les alimens, et par intervalle pour tout ce qui frappait ces sens, augmenta. Dans cette malheureuse position on l'amena à l'hôpital, où il fut attaché dans son lit, à cause de la fièvre et du délire furieux qu'il éprouvait. La salivation était abondante et écumeuse. Il n'était pas possible de lui faire avaler aucune sorte d'alimens ou de boissons; dans un moment de trève, on lui fit trois saignées, et on laissa le sang couler jusqu'à l'évanouissement; les symptômes s'exaspérèrent, le malade désirait la mort; on employa presque trois onces de pommade mercurielle pour lui faire des frictions; tout fut inutile; le malheureux mourut cinq mois après la morsure.

Le cadavre, dont on fit l'ouverture dans la même journée, présenta un commencement de putréfaction. On observait çà et là des lividités sur la surface extérieure du corps. Les vaisseaux cérébraux étaient engorgés. Les voies laryngo-pharyngées de couleur d'un brun noirâtre. Le long du trajet de l'œsophage et de l'appareil gastro-intestinal, on observait des points noirâtres, le foie était volumineux, la bile noirâtre et d'une odeur fétide; le péricarde ne contenait pas de sérosité: le cœur semblait diminuer de volume; les organes de la génération livides et tuméfiés; le sang dont on avait tiré douze livres ne s'est pas coagulé.

La bave fut inoculée à un petit chien que l'on a renfermé, mais auquel on a donné la liberté au bout de huit mois, parce qu'il ne présentait aucun symptôme de rage.

Observation deuxième. — Le chien d'un bouvier fut affecté de rage spontanée; avant de le tuer, on recueillit une certaine quantité de salive qui fut inoculée à un petit chat et au même petit chien dont il a été parlé ci-dessus. Le sixième jour de l'inoculation, le chien devint triste, commença à refuser les alimens et les boissons. Le onzième jour se développèrent tous les symptômes de la rage; il y avait aversion pour les liquides, fureur, bave écumeuse, etc. Les symptômes nerveux augmentèrent avec une rapidité extrême, et continuèrent jusqu'à la mort, qui arriva le quatorzième jour après l'inoculation.

Observation troisième. — La salive de ce chien fut inoculée à un autre petit chien à l'aide d'un plus grand nombre d'incisions que dans les cas précédens: après qu'on l'eut laissé pendant sept mois enfermé on le mit en liberté, parce qu'il ne présentait aucun symptôme de la rage.

Observation quatrième. — Chez le chat dont nous avons parlé précédement (observation deuxième), la rage se développa trente-quatre jours après l'inoculation, et l'intensité de la maladie fut telle que le deuxième jour la mort eut lieu; la bave fut inoculée à un autre chat, qui est resté six moix enfermé et n'a pas présenté les symptômes de la rage.

Observation cinquième. — Dans le mois de mars 1816, un chien enragé spontanément mordit, à Tivoli, deux chiens; l'un d'eux fut tué après la morsure; l'autre, atteint de tous les symptômes de la rage, s'échappa par les rues et mordit trois à quatre femmes qui allaient à la campagne; aucune ne fut affectée de la rage.

Observation sixième. — En 1818, au mois de janvier, M. Capuccini, en revenant de la chasse, vit venir, tout près du pont Lucane, un chien avec les yeux brillans, regard féroce, bave écumeuse, qui assaillit et mordit son chien. M. Capuccini lui tira un coup de fusil et le tua, sans penser qu'il fût enragé. Trente-huit jours après, le chien mordu devient triste, refuse les alimens, a de l'horreur pour l'eau, sort dans la rue et mord quatre chiens qu'il rencontre: tout le monde

s'enfuit à l'aspect de l'animal enragé, excepté deux enfans qui sont mordus. Le chien disparaît, mais ensuite on le trouve mort dans le même endroit où il avait présenté les premiers symptômes de la rage. On vérifia en même temps qu'un chien d'un jardinier était devenu spontanément enragé, et c'était précisément celui qui avait été tué près le pont Lucane. Les maîtres des quatre chiens mordus firent des plaintes contre M. Capuccini, mais il leur assura que les quatre chiens étant mordus par un chien dans lequel la rage s'était développée par communication ou par deuxième degré seraient exempts de la rage. On assura la même chose aux parens des deux enfans mordus; le pronostic s'est vérifié complétement.

Observation septième. — M. Rosa avait deux chiens, un d'une belle apparence, l'autre de mauvaise mine. Ce dernier, après avoir refusé les alimens et les boissons, triste et tremblant, sort de la maison pour n'y plus rentrer; mais, avant de sortir, il mord l'autre chien, se dirigé vers le mont Ripoli, et quelques jours après on le trouve mort dans cet endroit; après avoir vérifié qu'il n'avait été mordu par aucun autre animal, et que par conséquent la rage était spontanée, on prévint M. Rosa que son autre chien serait atteint de la maladie; en effet, au bout de cinquante et un jours le chien est assailli par tous les symptômes de la rage, et quoique retenu avec précaution, il rompt ses chaînes mord la femme de ménage et le domestique, sort de la maison, et dans une rue près de la place de Jésus, mord plusieurs femmes qui sortaient de l'église; ensuite il se dirige vers la rue du Palais communal, où il mord plusieurs fois les chiens de François Giansanti et des sieurs Betti; il passe sur la place Palatine et se dirige vers Saint-Valérie; il rencontre M. de Angelis, le mord sur le dos de la main en lui faisant une légère blessure et en laissant une quantité de bave; enfin, dehors la porte Saint-Ange, il mord une femme âgée et une petite fille, et se précipite dans les ruines de la campagne de Quintilie Varo. Aucune des personnes, ni aucun des animaux ne furent attaqués de la rage.

Observation huitième.—Un chien de M. Étienne Jani, marchand commence sur la fin de mai 1821 à être triste et abattu, il ne reste plus avec le domestique Séraphin Orisini, dont il était compagnon inséparable. Dans la matinée de 29, le chien, à peine sorti de la maison, s'élance sur un chien de Madeleine Romani, qui, malgré sa force et l'attaque dont il est l'objet, ne se défend pas. Le domestique le menace fortement et le fait rentrer à la maison : les symptômes de la rage augmentent, le lendemain le chien non-seulement refuse le pain que lui jette le domestique, mais s'échappe de la maison; il fuit d'autant plus qu'on l'appelle; le domestique le poursuit, le rejoint sur la place de la Cathédrale, et le prend par le cou, le chien se retourne et le mord légèrement à la main gauche; néanmoins le chien est reconduit à la maison, et comme la rage faisait des progrès, on le tue et on le jette dans le fleuve. Quinze jours après la morsure, le malheureux domestique commence à devenir triste, il perd le sommeil et l'appétit; il y avait constipation. On donne par force un purgatif de résine de jalap et des boissons d'acide hydrochlorique : à l'extérieur on scarifie la partie mordue, on applique des vésicatoires, etc. Voyant l'inefficacité de ces remèdes, on fit usage d'opium et de musc, mais la maladie augmente; la déglutition devient impossible; on ne voit aucune éruption ou altération au frein de la langue ni aux parties voisines; le cinquième jour de l'invasion, le malade meurt dans des souffrances horribles. Des circonstances particulières n'ont pas permis l'ouverture du cadavre.

Cet événement avait produit une grande terreur dans toute la famille : la mère de M. Jani traversait sa chambre, et un lapin qui avait une grande quantité de bave au dehors de la bouche, lui fit une marque à la jambe gauche; ce lapin passe dans l'écurie voisine et y mord plusieurs fois les pieds de derrière d'un cheval, ensuite il se cache et meurt enragé. On trouva sur son corps deux blessures dont une n'était pas encore cicatrisée; ce lapin avait vécu avec le chien mort auparavant enragé; ni la maîtresse de la maison ni le cheval n'ont eu la rage.

Observation neuvième. — Le chien de Madeleine Romani avait été mordu le premier, comme nous l'avons dit; néanmoins sa rage ne se développa que deux mois après la mort du domestique Orsini et du lapin; peut-être, dit l'auteur, parce qu'il fut mordu quand la rage chez le chien agresseur était dans sa naissance. Un jour, ce chien sort de bonne heure de la maison, furieux, et mord tout ce qui se présente devant lui; plusieurs chiens et 5 personnes ont été mordues, mais ni les uns ni les autres n'ont présenté les symptômes de la rage.

Le docteur Cappello, d'après ces observations, non-seulement conclut que la rage ne se communique pas au-delà du deuxième degré, mais aussi il cherche à prouver que sa nature n'est pas contagieuse. Les maladies contagieuses, dit-il, se reproduisent plusieurs fois presque à l'infini et partout; cela n'arrive pas pour la rage. Celles-là, par un germe latent sous des circonstances atmosphériques non connues, se montrent et disparaissent à des époques déterminées; la rage, au contraire, se présente dans toutes les époques; les affections contagieuses, soit universelles, ou celles qui affectent seulement le système dermique produisent toujours dans le même système quelque éruption ou efflorescence au moyen de laquelle on connaît la véritable forme de la maladie contagieuse; la rage, au contraire, ne présente aucune éruption à la peau. Celles-là exercent une influence plus ou moins intense en raison des changemens météorologiques; la rage, au contraire, fait les mêmes progrès quelles que soient les circonstances des temps, des lieux et de l'atmosphère; les contagions, depuis leur premier développement, sont tellement affaiblies, que quelques unes ont disparu de la surface de la terre. La rage, au contraire, depuis le premier moment qu'on l'a décrite, a conservé toujours le même caractère. Celles-là, lors même qu'elles ont un caractère fâcheux, épargnent beaucoup des individus qui en sont attaqués; la

rage, au contraire, soit spontanée, soit communiquée en premier degré, une fois qu'elle se développe dans un animal quelconque, est toujours mortelle. Enfin, les contagions se propagent avec d'autant plus de facilité, qu'elles sont plus funestes et se transmettent non-seulement par le contact immédiat, mais aussi médiat. La rage, au contraire, quoique très-funeste, ne se transmet pas sans une solution de continuité.

Une différence de telle nature, ajoute l'auteur, me faisait douter de plus en plus de la contagion de la rage; la rage canine semblerait donc former l'anneau moyen qui unit la chaine des contagions à celle des poisons proprement dits? Je faisais ces réflexions quand, après plus de 40 jours, de beaucoup d'animaux mordus dans le mois de mars 1811, par le bœuf dont il a été question dans la première observation, aucun ne devenait enragé. Je pensais à l'opinion de ceux qui, sans nous présenter des raisons convaincantes, affirment que les herbivores ne communiquent pas la rage. Mais des argumens fournis par l'analogie étaient contraires à cette assertion. Outre l'anthrax charbonneux et autres maladies contagieuses des animaux herbivores, je pensais à l'heureuse decouverte de la pustule de la vache, laquelle non-seulement des vaches se propage sans accident par inoculation aux autres espèces, mais aussi préserve l'homme du fléau de la petite-vérole. A l'appui de mes réflexions, il me parvint sur la fin du mois d'avril de la même année, le cahier d'août 1810 *du journal Médico-Chirurgical* d'Alexandre Flajani. Il y avait un article dans lequel, outre les observations du professeur Rossi, de Turin, à ce sujet, on trouvait aussi l'observation suivante du professeur Bader. « Ce professeur eut un chien enragé qui mordit plusieurs autres chiens: ceux-ci devinrent enragés, mais ne communiquèrent pas la rage aux chiens qu'ils mordirent. » Ce fait isolé, ajoutait le rédacteur, ne suffit pas pour démontrer d'une manière certaine l'opinion de M. Bader, qui nie le troisième passage de la rage. Cette sage réflexion, dit le docteur Cappello, me tenait dans un état d'incertitude; mais je fus tout à fait convaincu par les expériences que j'ai faites en 1813, 16, 18, 20 et 21.

On demandera comment il se fait que la rage spontanée soit contagieuse et que la rage communiquée ne le soit pas, quand les symptômes de l'une et de l'autre sont presque semblables? A cela on pourrait répondre que la véritable médecine consiste dans les faits, et les observations que nous venons d'écrire ne sont que des faits. On pourrait aussi ajouter qu'en considérant avec attention l'état physiologique et pathologique des êtres organisés et vivans, on voit se présenter un grand nombre de questions obscures que les efforts des hommes les plus ingénieux n'ont pas encore su faire disparaître.

S'il est permis d'avancer une opinion, je pense qu'il y a une cause particulière du développement de la rage spontanée. La cause n'est certainement pas la même chez ceux qui ont acquis la maladie par communication. Les symptômes de l'hydrophobie par cause morale et ceux de l'hydrophobie symptomatique ne simulent-ils pas ceux de la rage essentielle? Cependant les premiers appartiennent à une affection qui n'est pas de nature virulente. Au reste, les symptômes de la rage spontanée ne sont pas entièrement semblables, quant au degré, à ceux de la rage communiquée. J'ai constamment observé que la désobéissance, la haine, la fuite de la société, symptômes précurseurs de la maladie, sont plus intenses et plus prompts chez ceux qui sont affectés de la rage spontanée. Les histoires de la rage que nous avons rapportées prouvent cette vérité. C'est pour cela qu'il arrive très-rarement que les chiens affectés de rage spontanée sont vus dans les endroits habités. Quand ils sont enragés, ils cherchent les cavernes et les lieux les plus retirés.

L'auteur finit son premier mémoire (1) en faisant quelques observations sur l'étiologie de la rage. Porté à admettre une cause spéciale de la rage spontanée, il a cherché à déterminer cette cause; les réflexions que j'ai faites, dit-il, sur le développement de la rage dans la campagne de Tiburtine m'ont conduit, entre toutes les causes décrites par les auteurs, à en reconnaître une exclusivement, laquelle, je pense, doit être la même partout où se manifeste la rage essentielle. Ce n'est ni la colère, ni les alimens chauds, ni les viandes putrides, ni la privation de la liberté, ni la fatigue excessive, ni la transpiration supprimée, ni la variété de la température, mais uniquement le désir vénérien porté à l'excès et non satisfait: cette circonstance me semble la cause absolue de cette maladie. En effet, à Tivoli, les chiens femelles sont en plus petit nombre que les mâles. Les premières, quand elles sont en rut, sont renfermées pour recevoir un mâle de choix. Les chiens attirés par leur instinct rôdent autour des demeures de celles-ci. Mais plus la copulation est difficile, plus les désirs sont violens: veilles, jeûnes, habitudes domestiques, tout devient indifférent à un chien qui désire ardemment la copulation. Il est facile de concevoir les souffrances de cet animal et les troubles qui surviennent dans son économie lorsqu'il n'a pas satisfait ses désirs.

La structure particulière des organes sexuels sur les animaux du du genre *canis*, qui sont en effet les plus sujets à la rage, donnent, suivant l'auteur, de la force à cette opinion. Ces animaux sont privés de vésicules séminales, de manière que le fluide prolifique ne peut pas être excrété sans la copulation; aussi l'espèce canine est-elle fournie de moyens qui tendent à prolonger la durée de cet acte. Chez les autres animaux, au contraire, pourvus de vésicules séminales, ces vésicules tiennent en dépôt l'humeur sécrétée, laquelle peut être non-seulement résorbée, mais éjaculée aussi sans copulation. Cela n'étant pas pour le chien, le sperme surabonde incessamment dans ses vaisseaux spermatiques, et l'état d'orgasme vénérien dans lequel il est continuellement réagit sur tout son individu.

En Égypte et dans les autres provinces mahométanes, on ne voit pas la rage; cela tient peut-être à la facilité que trouve l'espèce canine à satisfaire ses désirs.

(1) Opuscoli scientifici di Agostino Capello Roma 1830.

En outre, quelques auteurs célèbres rapportent que les chiens castrats sont très-rarement affectés de la rage.

Cette opinion de M. Cappello sur l'étiologie de la rage avait été déjà émise par plusieurs auteurs de différentes nations; entre autres Jean Hildenbrandt et P. F. Roserus. Dans le *Bulletin* de thérapeutique de l'année 1836, M. le docteur Carron du Villards a réclamé en faveur de M. Despréz de Bourg la priorité d'opinion et de recherches sur l'*œstrus veneris* comme cause de la rage.

Un auteur allemand, M. Greve (1), rapporte des faits assez curieux à l'appui de cette opinion. 1° La rage a été produite chez des chiens que l'on empêchait à plusieurs reprises de satisfaire leur appétit vénérien, en les éloignant des femelles qu'ils étaient près de saillir; 2° la rage est assez souvent causée chez les chiens des bergers par la masturbation exercée sur eux par ces derniers, masturbation qui excite au plus haut dégré l'appétit vénérien de ces animaux, sans qu'ils puissent le satisfaire, parce qu'il n'y a pas d'éjaculation; 3° les chiennes ne sont jamais prises spontanément de la rage, parce que l'appétit vénérien est moins violent chez elles que chez les mâles, parce que cet appétit éprouve chez elles de longues intermittences et qu'il est presque toujours satisfait.

S. Furnari,
Chirurgien-adjoint du dispensaire ophthalmique de Paris.

Observation sur une mort très-prompte qui n'a pas été justifiée par les lésions anatomiques observées à l'autopsie; par S. Tanchou, docteur en médecine.

L'anatomie pathologique ne rend pas compte de toutes les causes de mort. Il y a déjà longtemps qu'on le sait, et chaque jour l'observation impartiale vient appuyer cette vérité importante. Pourquoi, en effet, nos organes matériels auraient ils seuls le privilége d'être altérés par la cause ou par l'effet de nos maladies? les autres parties constitutives de l'organisme, le sang les fluides de toutes sortes, et cette innervation qu'on ne voit pas, et cette vitalité, autre mot qui ne représente qu'une collection de phénomènes, n'y sont-ils donc pour rien? Parce qu'on ne les voit pas, parce que leurs molécules constitutives restent inaperçues, est-ce donc à dire qu'ils sont toujours les mêmes, qu'ils ne sont jamais malades, et que leur altération, modification, corruption, n'altère pas, ne modifie pas, ne corrompt pas nos tissus organiques qui en sont fabriqués? Cette vitalité dont je parlais tout à l'heure, qui peut être troublée par tant de causes, ne peut-elle pas retentir sur des organes et les enrayer? Il en sera des maladies humorales ou du principe vital, comme de la spécificité des médicamens; on y reviendra, après les avoir considérés comme ridicules; la tendance des études, et des recherches médicales le fait pressentir; il en sera de même des virus, dont l'existence est si fortement contestée aujourd'hui, que ceux qui croient aux plus évidens n'osent l'avouer. Etrange oscillation de l'esprit humain qui réadmet ce qu'il avait rejeté, qui croit à ce qu'il a primitivement nié! C'est cependant ainsi que les sciences se forment: après avoir erré, divagué, si je puis m'exprimer ainsi, la vérité paraît, les idées se coordonnent, la science se constitue, alors elle devient impérissable. C'est là l'histoire de la médecine et de toutes les connaissances humaines. L'anatomie pathologique donc n'a pas rendu à la médecine tout le service qu'on a cru; cependant elle nous aura prouvé que toutes les fois qu'une maladie ne laisse pas d'altération sur nos organes après la mort, il faut en chercher la cause ailleurs, c'est-à-dire dans des conditions d'existence qui ont cessé avec la vie.

M. Caz***, négociant, âgé de 44 ans, d'un tempérament bilieux et lymphatique, ayant un très-grand embonpoint, était affecté depuis trois ans d'une subinflammation de l'estomac, caractérisée par un appétit capricieux et parfois désordonné, qu'il satisfaisait trop souvent, d'autres fois par une inappétence complète, surtout pour les mets relevés. par des aigreurs et des éructations, et parfois un peu de fièvre. Quand M. Caz*** n'avait pas faim, il mangeait comme on le dit, *par raison* et pour se donner des forces; alors souvent il vomissait des matières verdâtres, filantes ou muqueuses. D'autres fois il survenait une véritable fièvre et tous les caractères d'une inflammation redevenue à l'état aigu. Dans ces circonstances, M. Moret, médecin habituel du malade, lui faisait appliquer des sangsues, mettait en usage le traitement antiphlogistique dans toute sa rigueur, et au bout de quelques jours ordinairement. M. Caz*** était debout, et peu de temps après il était rendu à ses affaires. Ces sortes de rechutes ou d'intermittences eurent lieu plusieurs fois.

Il y a dix-huit mois, l'irritation gastrique sembla réagir sur le cerveau et en enraya les fonctions. M. Caz*** présenta des symptômes sinon d'aliénation mentale, du moins de perversion dans les idées; il fut mis dans une maison de santé; il y fut purgé une vingtaine de fois par le médecin de l'établissement, c'est-à-dire environ tous les deux jours. Pendant ce temps-là, le délire de M. Caz*** cessa, l'appétit reparut, et au bout de quarante ou cinquante jours, M. Caz*** rentra chez lui, à peu près sain de corps et d'esprit; alors il se livra à son appétit, parfois glouton; il reprit son embonpoint accoutumé, mais il ne tarda pas à retomber malade. M. Moret fit appliquer de nouveau des sangsues; mais plus tard l'intelligence se dérangea une seconde fois, et M. Caz*** demanda lui-même à rentrer à la maison de santé. Il y était déjà depuis un mois, et avait déjà été purgé une douzaine de fois, lorsque, le 17 juin dernier, on voulut avoir mon avis. Le malade était fort abattu; il avait la fièvre avec redoublement le soir; la peau était jaune feuille morte, sèche et brûlante, il y avait peu de soif, la langue était limoneuse, la salive visqueuse et

(1) Erfahrunger und Beobochtunger über die Krankheiten der hausthiere in vergleich mit der Krankheiten des menschen. T. Ier 1818, in-8°.

abondante, mais le ventre était chaud et tendu, et de plus M. Caz*** avait la diarrhée, et faisait parfois sous lui; malgré cela il avait été purgé encore la veille de ma visite. Il prenait du bouillon. Il me fut facile de reconnaître la maladie pour une sur-excitation intestinale, qui me paraissait couvrir, d'après les renseignemens, un gastrite chronique. On désirait beaucoup connaître mon opinion sur la suite de cette maladie. J'annonçai qu'elle était grave, mais qu'elle pouvait guérir, attendu que les principaux symptômes me semblaient provenir de l'abus des purgatifs. J'ordonnai un bain tiède, la suppression des purgatifs; du sirop de groseille pour boisson, de larges cataplasmes sur le ventre, la diète, etc., et je promis de le revoir deux jours après.

Le 19 dans l'après-midi, je trouvai M. Caz*** abattu, comme anéanti, le visage pâle, les lèvres bleuâtres, et l'inférieure pendante, la langue sale, décolorée, la peau des mains presque froide, le pouls très-petit, faible, irrégulier, les membres inférieurs presque glacés; on m'apprit que le premier bain avait bien fait; que le malade avait été mieux la veille, mais que le matin de ce jour, en allant prendre un second bain avec un seul aide, il était tombé sur la dalle froide et humide, et qu'il y était resté plus d'une demi-heure à attendre du secours. Je portai dès lors un fâcheux pronostic, et malgré les boissons chaudes et toutes les précautions pour rappeler la chaleur, il mourut pendant la nuit. J'étais fort intéressé, comme on le pense bien, à connaître la cause de cette mort si précipitée et pour moi si inattendue. On m'accorda l'autopsie; elle fut faite vingt-deux heures après le décès. Aucune trace de décomposition; de la chaleur était conservée vers les grandes cavités; l'embonpoint de l'abdomen surtout était considérable; l'estomac, mis à découvert, était distendu par des gaz ainsi que les intestins. Ce premier viscère contenait quelques matières liquides; vers le bas-fond, on remarquait une large plaque d'environ quatre pouces de diamètre dans tous les sens, où la membrane muqueuse, généralement décolorée, était boursouflée, épaisse et emphysémateuse; quelques bulles d'air même assez considérables soulevaient l'épithélium; les autres tuniques de l'estomac, même dans cet endroit, paraissaient être saines. Les petits intestins, en approchant de la valvule iléo-cœcale, dans la longueur de près de trois pieds, étaient rouge-écarlates, ce qui contrastait d'une manière remarquable avec la membrane muqueuse de l'estomac, qui était pâle, même à l'endroit où elle était malade; la tunique des petits intestins n'était point épaissie, elle était seulement injectée, et on voyait facilement que c'était de fraîche date; le gros intestin était vide; il paraissait à peine sur-excité, si ce n'est dans la dernière portion du colon et au rectum. Le cœur était flasque, facile à déchirer, et contenait beaucoup de sang. Les poumons étaient sains.

Maintenant sous quelle influence ce malade a-t-il succombé?

Ce n'est pas sous celle de la maladie que nous avons remarquée aux parois de l'estomac; elle était trop ancienne, sa marche était trop lente, le désordre trop peu marqué pour avoir d'autres effets sur l'économie qu'une habitude morbide; l'aspect des tissus m'a même laissé convaincu qu'elle pouvait guérir par un traitement approprié.

Ce n'est pas sous l'influence de l'inflammation intestinale; celle-ci n'était que superficielle, de fraîche date; elle n'avait d'effet sur l'organisme que pour le sur-exciter et entretenir la fièvre; le dévoiement en était une conséquence légère. Cet épiphénomène aurait cessé, et la maladie elle-même aurait disparu à l'aide de la diète, des demi-lavemens et des cataplasmes. Déjà ces symptômes avaient été considérablement atténués par vingt-quatre heures d'un traitement antiphlogistique.

Reste donc la vitalité, l'innervation à invoquer pour expliquer une mort aussi prompte. On conçoit, en effet, que chez un individu habituellement mou au physique et au moral, chez lequel les réactions sont faibles et rares, depuis longtemps malade d'une affection qui empêche ordinairement l'irradiation des forces vitales, le séjour d'une demi-heure sur une pierre froide ait déterminé une sorte de syncope ou de concentration sur les principaux viscères. Ceux-ci n'ont point réagi, et de proche en proche la vie s'est éteinte de la circonférence et des extrémités vers le centre. L'état général dans lequel j'ai trouvé le malade, avec la lividité des lèvres, la pâleur de la peau, le froid des extrémités, le pouls faible, concentré et irrégulier, et, à l'autopsie, la mollesse des tissus, la flaccidité du cœur, qui était, ainsi que le poumon, rempli de sang, dépose en faveur de cette opinion.

Il faut donc chercher ailleurs que dans l'anatomie pathologique certaines causes de mort. La physiologie peut quelquefois en rendre raison.

TANCHOU, D.-M.-P.

De l'ophthalmie qui a régné dans les troupes napolitaines à Palerme dans les années 1824 *et* 1826; par M. PORTAL, chirurgien en chef du grand hôpital de Palerme.

Dès la mémorable campagne d'Égypte une ophthalmie de nature excessivement grave se manifesta dans les troupes françaises et anglaises; ils la transmirent ensuite à la plupart des peuples qui prirent part à la grande fédération destinée à détruire l'empire français. En effet, les armées russe, prussienne, autrichienne, saxonne, bavaroise, hollandaise, ont été tour à tour décimées par ce terrible fléau qui a fait perdre la vue à plus de quatre mille soldats belges.

Vierge de toute affection de cette nature, l'armée napolitaine n'avait rien à redouter (1), lorsque l'Autriche, jetant son armée dans la balance, rétablit promptement l'équilibre qu'une jeunesse aventureuse

(1) Je ne parle pas ici de l'ophthalmie de 1814, qui avait régné dans les régimens italiens de diverses armes.



avait fait pencher en faveur de la liberté. Les états de Naples furent de nouveau envahis par les Germains, qui y portèrent, avec leur domination, le germe de cette ophthalmie, qui fut si funeste à leurs rangs.

Licenciée après les événemens de 1821, l'armée napolitaine fut de nouveau convoquée sous les drapeaux en 1823. Cette armée se composait de vieux militaires déjà usés par les guerres de l'empire, et dont quelques-uns mêmes avaient été dans le temps atteints de l'ophthalmie égyptienne. A cette époque, la plupart jouissaient d'une mauvaise santé, rendue de plus en plus précaire par de nombreuses variations atmosphériques et un casernement malsain à la tour *del Greco*. Ce fut sur ces entrefaites que l'ophthalmie se manifesta sur quelques individus, qui furent négligés et non séparés des autres militaires. Le mal marcha d'autant plus rapidement que chez la plupart de ceux qui avaient contracté la maladie en 1814, il persistait des granulations et autres phénomènes consécutifs à la conjonctivite catarrho-purulente.

Le maréchal de la Rocca s'apprêtait à prendre des mesures pour empêcher les progrès du mal, lorsqu'il reçut l'ordre de faire embarquer ses troupes pour Messine, où elles portèrent le germe de la maladie, qui devint de plus en plus désastreuse par le mauvais temps que l'on essuya pendant la traversée, et par l'agglomération d'hommes, inséparable d'un voyage par mer.

Des vents froids soufflaient dans le détroit; une pluie pénétrante les accompagnait. La tourmente fut telle, que les troupes, qui avaient ordre de se rendre à Palerme, furent obligées de débarquer à Melazzo et à Ollivieri.

Depuis longtemps l'on sait que les vents maritimes en automne prédisposent aux ophtalmies, observation qui n'avait point échappé à Hippocrate, car il avait dit : *Autumno lippitudines et oculorum fluxiones fiunt.*

Après le débarquement, l'on n'eut pas l'attention d'envoyer les malades à l'hôpital, et on ne leur donna cette destination que lorsque les chirurgiens régimentaires eurent reconnu l'insuffisance des traitemens pratiqués dans les casernes. Mais l'incurie des chefs, du commissaire de guerre, porta rapidement ses fruits, et en peu de jours l'hôpital de Saint-François-Xavier fut encombré de malades, atteints d'ophthalmie à divers degrés, que l'on eut l'imprudence de ne point séparer. Ainsi l'on voyait des militaires atteints de simple conjonctivite non contagieuse, placés à côté d'individus atteints d'écoulemens blennorrhagiques des paupières, et de malades au premier degré de convalescence.

L'alarme se répandit dans l'armée napolitaine, qui se rappelait ses désastres essuyés en Hongrie en 1819; le général Liliembergk fit aussitôt séparer les malades affectés de divers degrés d'ophthalmie; il leur fit interdire toute communication avec les autres malades, et l'on expédia à Naples un courrier qui fit connaître le danger que couraient les régimens napolitains, et l'armée d'occupation autrichienne. Aussitôt le roi de Naples expédia le professeur Quadri avec les instructions convenables. Ce chirurgien procéda immédiatement à la séparation complète des malades; il fit placer ceux atteints de photophobie dans des chambres obscures; il fit donner une grande quantité de linges pour essuyer les yeux; il prescrivit en même temps un régime fortifiant, des vins purgatifs, et surtout un traitement hygiénique bien entendu. On avait besoin de son arrivée pour arrêter le mal, car par l'incurie et l'ignorance des chirurgiens militaires, l'ophthalmie avait fait de tels progrès que le professeur Quadri en passant la revue des convalescens en fit réformer trois cents comme incapables de tout service actif. L'ophthalmie fut arrêtée dans ses progrès, et Quadri retourna à Naples, laissant les malades à la direction du docteur Castellaccio. Mais celui-ci change tout à coup le traitement de son devancier, et l'ophthalmie reparaît avec une nouvelle intensité. Quadri est rappelé de nouveau, et mécontent du service des chirurgiens militaires, il prie le docteur Portal de vouloir bien se charger du traitement de ces malheureux. On ne pouvait faire un meilleur choix; capacité, instruction, désir de bien faire, connaissance exacte de la maladie, tout se trouvait réuni dans le chirurgien de Palerme; aussi à dater de son entrée en fonctions, l'ophthalmie eut-elle une marche rapidement décroissante, circonstance due sans contredit au zèle et à l'énergie de traitement que M. Portal déploya dans cette circonstance. Ce chirurgien n'hésite point à la déclarer contagieuse; c'est aussi mon opinion et celle de tous les hommes de bonne foi qui ont examiné la maladie avec soin. M. Guilliet et moi nous l'avons souvent transmise par inoculation (1); ce phénomène même a lieu pour l'ophtalmie purulente des chiens; et dans une thèse récemment publiée, je trouve la proposition suivante basée sur des faits observés par mon ami, le docteur Chassaignac, dont tout le monde connaît l'exactitude, et qui est ainsi formulée : XIV. *Nous constatâmes aussi que le pus d'une ophthalmie, appliqué sur la conjonctive d'un autre animal, y déterminait la même affection.*

Aux débuts de la maladie, le docteur Portal employait des évacuations sanguines, locales et générales, fort abondantes; des révulsifs intestinaux; les bains de pieds sinapisés, les collyres belladonés, ceux légèrement opiacés; dans tous les cas il proscrivait les cataplasmes émolliens, parce que dans toutes les périodes de la maladie il les avait vus produire de très-graves accidens. Les bornes d'une analyse ne me permettent pas de suivre l'auteur dans tout le développement qu'il donnait aux soins consécutifs, je renvoie pour cela à son Mémoire, qui m'a paru un des plus remarquables sur cette matière, qui décèle un profond observateur, dégagé de tout esprit de système, et qui a mérité à son auteur l'estime de ses confrères, et les éloges des officiers supérieurs commandant l'armée napolitaine. Nous reviendrons plus tard sur les travaux du docteur Portal, qui lui ont valu dans son pays le rang éminent qu'il occupe comme chirurgien. CARRON DU VILLARDS,

Chirurgien en chef au dispensaire ophthalmique de Paris.

(1) Guilliet, Nouvelle bibliothèque ophthalmologique, t. I.

De la teinture d'iode dans le squirrhe de l'utérus; **par le docteur Péarson.**

Une esclave mulâtresse avait une santé si délabrée, qu'elle ne pouvait se livrer à la moindre occupation. Le 13 mars, le docteur Péarson est appelé auprès d'elle. Des douleurs utérines existaient accompagnées de fleurs blanches; l'aménorrhée avait déjà une date ancienne; et quoique mariée depuis trois ans, cette jeune femme n'avait pas eu d'enfans. On pratique le toucher, et le col se trouve dur, bosselé, douloureux, assez largement entr'ouvert; le doigt retiré du vagin, conserve quelques stries de sang. Ces signes firent soupçonner un squirrhe de la matrice, et le traitement suivant fut prescrit: Trois grains de ciguë, trois fois par jour, mêlés à un huitième de grain de protoxide de mercure. Pendant un mois, cette opération fut employée sans succès. Les symptômes croissant toujours, on eut l'idée d'administrer la teinture d'iode, d'après la formule de M. Magendie, à la dose de 5 gouttes, trois fois par jour, augmentant d'une goutte chaque jour jusqu'à vingt. Cette teinture, qui produisit un amaigrissement rapide, fut suspendue après que la malade en eut pris deux onces.

Les emménagogues, tels que le phosphate de fer à la dose de 5 grains, combinés avec un grain d'aloës et trois grains de myrrhe, firent reparaître les règles. Plus tard, la jeune esclave devint enceinte; depuis lors la guérison s'est maintenue.

Était-ce bien là un squirrhe? Malgré les lacunes de l'observation, il est permis de croire qu'une maladie de ce genre aurait pu se développer plus tard si déjà elle n'était à son début. Pour constater positivement l'action de la teinture d'iode, il aurait fallu l'employer sans le secours d'aucune des autres substances qui ont été mises en usage; toutefois, nous pensons que ce médicament est utile à la résolution d'un engorgement de nature douteuse, et par conséquent lorsque le squirrhe n'offre pas encore tous ses caractères.

(*North-American Archives of med. Sciences.*)

JOURNAL DES CONNAISSANCES

MEDICO-CHIRURGICALES.

OCTOBRE 1836.

De l'emploi des évacuans dans la maladie connue sous les noms de gastro-entérite, dothinentérie, fièvre maligne putride, typhoïde, pétéchiale, entéro-mésentérique, etc.

Avant d'avoir suivi avec soin le service de M. *Bricheteau* et *Delaroque* à l'hôpital Necker, je partageais pleinement cette opinion généralement accréditée, que l'art ne pouvait arrêter ni même entraver la marche de la fièvre typhoïde, et que la nature seule faisait tous les frais de la guérison. J'étais arrivé à cette opinion par la lecture de nos auteurs modernes et par l'observation de plusieurs faits dans lesquels on avait séparément employé les différens moyens de médecine agissante ou expectante les plus en vogue à cette époque. Ces moyens sont comme on le sait, les antiphlogistiques, les toniques, les délayans, etc.; quant aux purgatifs et aux émétiques, on les regardait généralement comme dangereux; on ne s'en permettait l'usage que dans certains cas particuliers, et alors on ne les donnait qu'une fois ou deux fois tout au plus dans le cours de la même affection. Je pensais, comme tout le monde, que si les anciens avaient connu aussi bien que nous l'état de l'intestin dans la fièvre typhoïde, ils ne les eussent pas prodigués, comme ils le faisaient, dans différentes formes de cette maladie; et il me semblait encore que si les modernes y avaient si généralement renoncé, ce n'était pas seulement à cause de la connaissance anatomo-pathologique qu'ils avaient de l'intestin, mais surtout parce qu'on avait pratiquement constaté les mauvais effets de leur administration.

Telle était ma croyance sur ce point lorsque, au commencement de 1834, M. *Delaroque* me parla des succès qu'il obtenait depuis deux ans en traitant comme les *anciens* la fièvre par les évacuans. « Je donne, me disait-il, des laxatifs, tels que l'eau de Sedlitz, l'huile de ricin, etc. Je les répète pendant plusieurs jours; et quand l'état febrile a été complétement emporté par eux, je relève les forces du malade au moyen de l'infusion d'angélique, du vin de quinquina, et d'une alimentation de plus en plus consistante. J'explique les guérisons rapides qui suivent l'emploi de cette méthode par l'évacuation des liquides intestinaux, dont le contact sur la muqueuse de l'intestin et le transport dans le torrent de la circulation me paraissent la cause des altérations organiques et fonctionnelles qui caractérisent la fièvre typhoïde. »

Cette manière de traiter et de concevoir la fièvre me parut assez rationnelle; mais toutefois je doutais extrêmement, et je ne pouvais croire que les théories anatomiques modernes eussent été assez puissantes pour faire à elles seules proscrire l'emploi des purgatifs, s'ils n'eussent pas été réellement pernicieux dans la maladie qui nous occupe. J'attendis donc l'occasion de voir par moi-même, pour savoir positivement à quoi m'en tenir sur une question aussi importante. Elle se présenta bientôt; et au bout de cinq à six mois, j'avais une série de faits suffisante pour sortir d'une première incertitude.

Je constatai que tous les individus traités dans ce temps guérirent en peu de jours, et presque sans convalescence; et il faut dire qu'il y en avait de gravement affectés, bien que tous fussent arrivés à l'hôpital dans les premiers jours de la maladie. Cependant ce résultat, tout nouveau qu'il était pour moi, ne me prouvait encore qu'imparfaitement l'efficacité de la méthode évacuante; car, le nombre des faits n'étant pas très-considérable, on pouvait à la rigueur attribuer ce succès au hasard, ou à quelque constitution passagère; et dès-lors il y avait lieu de se demander si on n'eût pas obtenu un résultat pareil à l'aide des autres moyens, tels que les toniques, les antiphlogistiques, etc. Ma conviction n'était donc qu'à moitié ébranlée par le seul fait du succès dont je viens de parler; mais elle le fut totalement par la considération des circonstances suivantes, qui se rattachaient au cas de cette première série: 1° un amendement remarquable suivait immédiatement les premières évacuations, et il était en rapport avec leur abondance; 2° si cet amendement immédiat n'avait pas lieu, la maladie au moins ne subissait pas d'augmentation, et elle était évidemment enrayée; 3° lorsqu'il était arrivé de ne pas donner les purgatifs d'une manière continue, on voyait le malade aller plus mal après les jours intercalaires qu'après ceux où il avait été purgé. Il me parut impossible, d'après ces trois circonstances, de ne pas reconnaître aux purgatifs une influence réelle sur la marche de l'affection typhoïde; et je ne pus dès lors leur refuser une grande supériorité sur les autres moyens thérapeutiques, dont l'action médicatrice est si peu évidente, qu'on voit habituellement la maladie augmenter malgré leur emploi, et parcourir ses périodes.

Cependant les faits se multipliaient insensiblement; ils étaient pour la plupart analogues à ceux dont je viens de parler, et les insuccès rares que l'on essayait tenaient à l'état avancé dans lequel se trouvaient les individus qui étaient soumis pour la première fois à l'usage des purgatifs. On apprit par là que la méthode évacuante

cessait d'être efficace lorsque le mal avait eu le temps de s'enraciner profondément, et que dès lors on ne pouvait guère compter sur ses bons effets que lorsqu'elle était employée dès le début. Néanmoins on vit périr un individu traité même dans les premiers jours de sa maladie. Cet échec, je l'avouerai, nous étonna beaucoup; nous cherchâmes à l'expliquer, et nous nous demandâmes si l'on ne pouvait pas l'attribuer en partie à une large saignée que l'individu avait subie la veille de son entrée à l'hôpital. Cette question dut raisonnablement se résoudre par l'affirmative quand on se fut assuré, en faisant un retour sur la masse des observations déjà recueillies, que tous les malades chez qui on avait pratiqué des émissions sanguines avaient mis beaucoup plus de temps à se guérir que les autres. Dès ce moment, la saignée, tant générale que locale, fut exclue du traitement de la fièvre typhoïde.

A cette modification l'expérience et le raisonnement en firent ajouter d'autres. Ainsi, comme nous avions remarqué que les guérisons obtenues tenaient principalement aux évacuations alvines, dont la nature semblait, pour ainsi dire, indiquer la provocation au moyen de la diarrhée, qui est un symptôme habituel de la fièvre typhoïde, nous pensâmes qu'il fallait de même considérer comme des indications de sa part les nausées et les vomissemens, qui sont un autre symptôme non moins constant de la maladie, de telle sorte que l'évacuation artificielle ne fût pas intestinale seulement, mais encore gastro-intestinale; et nous osâmes espérer que les vomitifs n'enflammeraient pas plus l'estomac que les purgatifs n'avaient enflammé les intestins. Dans ce but, on prescrivit de l'ipécacuanha, mais surtout le tartre stibié en lavage, qui a de plus que le précédent moyen la double propriété d'exciter des vomissemens et des selles, et on l'employa au début, avant d'en venir à l'administration des purgatifs. On put observer non-seulement qu'il n'enflammait pas l'estomac, mais encore que l'amendement qui suivait son emploi était encore plus rapide et plus franc que celui que l'on obtenait auparavant à l'aide d'un simple laxatif.

Un autre moyen que l'on introduisit dans la thérapeutique des fièvres graves est le kermès minéral; on le donnait avec avantage pour combattre les pneumonies typhoïdes, dont il facilitait la résolution en même temps qu'il agissait sur la maladie elle-même, au moyen des évacuations alvines qu'il provoquait.

Les limites étroites de cette dissertation m'empêchent d'entrer dans tous les détails de la méthode évacuante, d'indiquer les modifications que peuvent quelquefois lui faire subir l'âge, le tempérament, certaines circonstances individuelles, etc. Toutes ces particularités seront consignées très-au long dans l'ouvrage que M. *Delaroque* se propose de publier; je vais me borner ici à exposer d'une manière générale la méthode et les effets des médicamens.

On donne pour boisson ordinaire de l'eau d'orge miellée ou de la limonade, au choix du malade, et l'on débute, dans le traitement actif, par l'administration d'un ou deux grains de tartre stibié dans un pot d'eau d'orge ou de petit lait, quel que soit l'état de la langue, de la soif, des douleurs, etc., en un mot, sans avoir égard aux différentes formes de l'affection typhoïde. Le lendemain on prescrit une bouteille d'eau de Sedlitz, et on la répète chaque jour, à moins que le malade ne la prenne en dégoût; dans ce cas, on la remplace par la crême de tartre, l'huile de ricin à la dose d'une once, ou mieux encore par le calomélas donné en deux prises successives de huit grains chaque. Ce dernier médicament est très-précieux dans cette circonstance, à cause de son insipidité; mais, d'un autre côté, il serait imprudent de le répéter trop souvent dans la crainte de lui voir produire la salivation; c'est pour cela qu'il faut se faire une règle de ne jamais l'administrer que lorsque le malade se refuse obstinément à l'usage des autres laxatifs.

Les différens symptômes ne doivent pas être l'objet d'attention spéciale, bien moins faut-il employer contr'eux les saignées générales et locales, qu'on ne doit jamais se permettre, sous quelque dénomination et dans quelque but que se soit. L'engorgement du poumon demande seul quelques soins particuliers : on provoque et on aide sa résolution au moyen du kermès donné chaque jour dans un looch à la doses de cinq ou huit grains; et si ce moyen suffit pour purger convenablement le malade, on peut suspendre pendant son emploi les laxatifs proprement dits.

Les symptômes les plus rapidement amendés à la suite des évacuations alvines sont: le délire nocturne, la soif, les douleurs abdominales, la stupeur, qui disparaissent souvent du jour au lendemain; et, lorsque leur décroissement ne suit pas immédiatement les premières évacuations; on observe qu'à dater de ce moment leur intensité n'augmente plus, à moins comme je l'ai déjà dit que la maladie ne soit déjà très-avancée lorsque l'on commence l'usage des évacuans; dans ce cas, ils n'exercent que rarement de l'influence sur la marche de la maladie; mais on doit pourtant les essayer toujours, à quelque distance que l'on soit du début; on sentira plus tard la nécessité de cette pratique.

Lorsque l'amendement des symptômes fébriles est complet, qu'il n'y a plus de soif, d'accélération du pouls, de délire, d'agitation, etc., en un mot, que l'individu se trouve bien et qu'il l'est réellement, à part un état de faiblesse, il faut changer de manière d'agir: on suspend les évacuans; l'on cherche à relever les forces du malade au moyen des toniques, tels que l'infusion d'angélique, d'arnica, le vin de quinquina, de Malaga, etc., et en même temps on commence à lui donner des alimens que l'on rend chaque jour plus nourrissans. On remarque que cette médication tonique, ainsi précédée de l'usage des évacuans, n'a plus les inconvéniens que tout le monde lui connaît lorsqu'on débute par elle dans le traitement des fièvres graves, et que, loin d'augmenter la faiblesse, elle hâte au contraire le retour des forces. Il arrive cependant quelquefois d'observer de la fièvre et de la soif après l'emploi des stimulans, cela prouve seulement qu'on en a commencé l'usage trop tôt. Dans ce cas-là, on les suspend pour reprendre les laxatifs; et quand la fièvre a été de nouveau

emportée, on revient aux toniques et à l'alimentation.

Tel est, d'une manière générale le traitement qu'emploie M. *Delaroque* dans la fièvre typhoïde. On voit qu'il comprend deux indications : la première est de combattre les symptômes fébriles, la maladie proprement dite, par les évacuations du tube gastro-intestinal ; la seconde consiste à relever au moyen des toniques les forces du malade, quand la fièvre n'existe plus, et à décider ainsi la convalescence. Voici les résultats principaux de cette médication, obtenus d'après les observations qui ont été recueillies pendant les années 1834, 1835, et dont la plupart ont été rédigées par M. *Leclaire*, élève de l'hôpital Necker.

Il y a eu pendant ces deux années cent quatre individus affectés de fièvre typhoïde, qui ont été soumis au traitement précité. Sur ce nombre onze malades sont morts dans les circonstances suivantes :

1° Femme commencée le vingtième jour de la maladie.
2° Femme commencée le quinzième jour et saignée.
3° Femme commencée le quinzième jour : récemment accouchée ; invaginations.
4° Femme commencée le sixième jour et saignée.
5° Homme commencé le vingtième jour.
6° Homme commencé le seizième jour et saigné : pleurésie, cavernes.
7° Homme commencé le dixième jour.
8° Homme commencé le treizième jour.
9° Homme commencé le seizième jour : saigné.
10° Femme commencée le quatorzième jour ; émissions sanguines.
11° Homme commencé le sixième jour : mort, six semaines après, de récidive.

Notre mortalité est donc d'un dixième environ ; cependant il ne serait pas juste de considérer ce chiffre comme la représentation exacte de la valeur du traitement par les évacuans, car il est basé sur des cas dans plusieurs desquels se rencontrent des circonstances très-défavorables. Ainsi, à part les nos 7, 8, 11, tous les autres individus ont subi des émissions sanguines ou bien ont été traités longtemps après le commencement de la maladie ; de plus, il y avait chez le n° 3 des invaginations intestinales qui s'étaient opposées à l'effet du traitement en mettant obstacle à l'écoulement des liquides intestinaux ; et chez le n° 4 on trouve une pleurésie et des cavernes dans les poumons.

On est en général assez d'accord sur le peu d'efficacité des moyens thérapeutiques quand le mal contre lequel on les dirige dure depuis longtemps. Aussi ne cherchera-t-on pas, je pense, à attaquer l'influence médicatrice des purgatifs dans la fièvre typhoïde, parce qu'ils ont échoué dans des cas où l'on n'a pu les employer qu'à une distance éloignée du début ; mais on accordera plus difficilement que les saignées doivent être considérées comme des circonstances défavorables, et qu'elles aient contribué à la mort des sujets qui les ont subies. Cependant, si les émissions sanguines ne sont pas dangereuses, comment expliquer le résultat suivant ?

Chez les quatre-vingt-treize individus guéris, la moyenne de la durée totale de la maladie, c'est-à-dire du nombre de jours compris entre le début de la maladie et de la sortie de l'hôpital, est de trente et un jour ; de ces quatre-vingt-treize, soixante-quinze n'ont pas été saignés : la même moyenne est de vingt-huit jours ; dix-huit ont été saignés : leur moyenne est de trente-neuf jours.

Or si, comme on le voit, les émissions sanguines ont allongé d'un quart la durée moyenne des fièvres dans lesquelles elles ont été employées avant les évacuans, leur influence pernicieuse n'est-elle pas par là même démontrée ? et ne peut-on pas dire que, dans les cas de mort dont il était question tout à l'heure, elles ont contribué à précipiter les individus ? Personne ne contestera la légitimité de cette conséquence. Ainsi donc, pour revenir à notre mortalité, nous dirons que la bonté de la méthode évacuante n'est nullement infirmée par les onze cas malheureux que j'ai cités, car dans huit d'entr'eux la méthode a été employée dans des circonstances plus ou moins fâcheuses ; quant aux trois autres, ils prouvent que cette méthode, même appliquée à temps, et vierge de tout autre moyen, peut avoir ses insuccès.

Enfin, un autre résultat qui suffirait à lui seul pour établir l'action médicatrice des évacuans est le suivant : sur les quatre-vingt-treize cas de guérison, l'intensité des symptômes a commencé à décroître immédiatement après les premières évacuations dans soixante-dix cas ; elle est restée stationnaire pendant quelques jours dans dix-neuf cas ; elle a augmenté malgré les évacuations, pour décroître ensuite dans quatre cas. On doit penser que toutes les variétés de la maladie n'ont pas été influencées également par cette médication. C'est ainsi que les formes *inflammatoires*, *bilieuses*, avec ou sans délire, ont en général cédé rapidement ; les formes chroniques, celles décrites par les anciens sous les noms de *muqueuses*, de *lentes nerveuses*, résistaient davantage.

Ces résultats dans la mortalité, la durée de la maladie et l'influence des évacuans, s'éloignent tellement de ceux qui sont consignés dans les ouvrages modernes, que la supériorité de cette méthode ne peut rester un moment douteuse ; aussi ne vais-je pas m'arrêter à la prouver minutieusement en comparant nos résultats avec ceux que l'on a obtenus à l'aide des autres moyens thérapeutiques.

Les succès de cette médication se répandirent peu à peu dans le courant de l'année 1834 ; mais ils furent accueillis avec des sentimens de doute et d'incrédulité, et cela devait être. La lésion intestinale venait aussitôt effrayer l'imagination de ceux à qui on en parlait, et personne ne croyait être sous le coup d'une fausse théorie en disant que les purgatifs, mis en contact avec une muqueuse enflammée et ulcérée, bien loin de cal-

mer les symptômes febriles, devaient au contraire les aggraver incontestablemant. Enfin, M. *Piédagnel* se risqua le premier à expérimenter la méthode de M. *Delaroque* dans le service dont il était chargé à l'Hôtel-Dieu. Cette expérimentation dura depuis le 1er juin 1834 jusqu'au 1er mars 1835, et les résultats en ont été consignés dans une note lue à l'Académie royale de Médecine, et insérée dans la *Gazette-médicale* (28 mars 1835). Pendant cet espace de temps, cent trente-quatre fiévreux ont été traités, cent quinze sont guéris, dix-neuf sont morts, ce qui donne une mortalité d'un septième. M. *Piédagnel* n'hésite pas, d'après ce chiffre, à regarder le traitement par les purgatifs répétés comme le meilleur de ceux connus jusqu'à ce jour, tout en faisant remarquer qu'il est bien loin d'avoir la même efficacité dans les différentes formes de la maladie. C'est ainsi qu'il agit très-bien dans la forme *grave*, mais *simple;* moins bien dans la forme *adynamique grave,* très-mal dans l'*ataxique* et la *foudroyante*. Cette disdinction des formes, dans lesquelles la méthode évacuante agit plus ou moins, me parait insuffisante pour donner une idée positive de son influence thérapeutique, et l'on aimerait en sus voir dans la note à quelle époque du début les purgatifs ont été donnés pour la première fois dans les cas malheureux; car je le répète, les moyens évacuans ne sont réellement puissans que dans le premier ou le deuxième septénaire; on doit les employer également dans le troisième, mais alors on ne peut plus guère compter sur eux. Ajoutons aussi que la méthode de M. *Piédagnel* n'était pas en tout semblable à celle de M. *Delaroque:* il saignait pour satisfaire à quelques indications; il ne faisait jamais vomir ses malades; il leur donnait régulièrement trois bouillons par jour pendant toute la durée du traitement. Est-il étonnant dès lors que son chiffre de mortalité soit différent du nôtre?

Ces expériences faites sur un vaste théâtre, à la vue d'un grand nombre de médecins et d'élèves, fixèrent vivement l'attention publique sur ce point. Elles prouverent a quelques-uns que les purgatifs étaient utiles, à tous qu'il n'étaient pas nuisibles comme on l'avait dit. Sur ces entrefaites, un mémoire de M. *Weber* de Mulhouse, inséré dans la *Gazette Médicale* (15 nov. 1834) était de nature à ébranler de plus en plus les esprits, en montrant que la méthode évacuante avait des succès ailleurs qu'à l'hôpital Necker et à l'Hôtel-Dieu. M. *Weber*, ancien interne de M. *Louis* (ce qui est important à dire, afin qu'on ne croie pas qu'il a pris pour typhoïdes des affections qui ne l'étaient pas), se borne dans ce mémoire, qui est très-court, à publier les heureux effets de l'administration répétée du calomélas dans la fièvre qui nous occupe. Il dit tenir ce moyen de M. *Muhlenbeck*, qui l'a puisé dans la lecture d'*Hildenbrand*, et qui, « sur environ cinquante cas d'affections typhoïdes qu'il a eus à traiter depuis trois ans, n'a pas eu d'insuccès à proprement parler; car il ne faut pas compter comme tels ceux où l'on trouve les malades expirans, ou chez lesquels on n'est appelé qu'après que la maladie a parcouru presque toutes ses périodes, lorsqu'elle est déjà dans son troisième septenaire. Ceux de ses confrères qui ont imité son exemple ont été également heureux, et je puis attester ma propre expérience, sans compter que j'ai été témoin d'une partie des observations qui appartiennent à M. *Mulenbeck;* j'ai eu entre les mains des affections typhoïdes que, sans le secours du calomélas, je puis hardiment l'assurer, j'eusse crues perdues... Le calomélas produit ordinairement des garde-robes nombreuses, dont les premières sont très-fétides; dès lors il y a soulagement; la tête est plus libre, la fièvre moins forte, le ventre moins ballonné, etc...

Plus tard M. *Prus*, médecin de la Salpêtrière, publia dans la *Revue Médicale* (1835, t. III) une note tendant à prouver l'efficacité des évacuations alvines dans la fièvre typhoïde. Voici les faits : Une nourrice présentait d'une manière marquée tous les symptômes de l'affection typhoïde; elle est prise tout à coup d'évacuations bilieuses très-abondantes, et le lendemain tous les symptômes inquiétans avaient disparu. Quelques jours après, M. *Prus* eut à traiter un jeune homme chez lequel il débuta par une application de sangsues sur l'abdomen, des cataplasmes, des lavemens émolliens, etc... La maladie, quoique un peu mitigée, continuait pourtant, lorsque le huitième jour il ordonna, malgré la fièvre, quatre verres d'eau de Sedlitz dans la matinée : il y eut huit selles bilieuses dans la soirée, et la fièvre s'arrêta. Le lendemain il ordonna quatre autres verres d'eau de Sedlitz : il y eut encore des selles, et la convalescencé commença dès ce moment. Le troisième fait est celui d'un négociant qui fut également traité dans le commencement par des applications de sangsues sur le ventre, de delayants, etc.: le délire n'en continuait pas moins: on lui ordonna de l'eau de Sedlitz : à l'instant même la fièvre s'éteignit et le malade entra en convalescence.

Enfin, le *Bulletin de Thérapeutique* contient un mémoire de M. *Bénard* fils, médecin à Loches, au sujet de quelques observations de fièvre typhoïde traitée par les purgatifs. L'auteur dit qu'il a employé ce traitement chez douze malades sans en perdre un seul; il insiste surtout sur un cas très-grave dans lequel les évacuans agirent d'une manière remarquable, et il ne peut se défendre d'un certain mouvement d'enthousiasme en le rapportant. « La malade, dit M. *Bénard*, était dans un état de prostration extrême: elle n'avait plus la conscience de son existence; l'oppression était des plus grandes; la poitrine, percutée en arrière, donnait un son très-obscur; le bas-ventre était douloureux et météorisé : la langue, les lèvres, les dents, étaient recouvertes d'un enduit noirâtre; les ouvertures nasales étaient pulvérulentes; la poitrine et le ventre étaient parsemés de taches lenticulaires. Eh bien! tous ces symptômes alarmans ont disparu sous l'influence de quelques bouteilles d'eau de Sedlitz. Qu'on fasse connaître une méthode à l'aide de laquelle on ait obtenu de semblables effets!... J'ai traité les fièvres typhoïdes par les émissions sanguines, par les toniques, dernièrement par les chlorures, et ja-

mais de pareils faits n'ont attiré mon admiration. »

Les auteurs des publications que je viens de rapporter ne sont pas les seuls qui aient administré les évacuans dans la fièvre typhoïde. Plusieurs autres médecins les ont également employés, sans avoir encore fait connaître le résultat numérique auquel ils sont arrivés ; mais je crois pouvoir dire que tous ont constaté d'une manière générale les avantages de cette méthode, et je citerai à ce sujet les noms de MM. *Rostan*, *Andral*, *Marjolin*, *Louis*, *Husson*, *Honoré*, *Bricheteau*, *Laugier*, *Bouneau*, etc., etc... J'ajouterai que de tous ceux qui l'ont mise en usage, aucun (à ma connaissance) n'a eu lieu de s'en repentir ; et il est bien remarquable de voir que ceux qui la repoussent et l'attaquent sont précisément ceux qui, par conscience, se sont refusés à l'essayer, ou bien ne l'ont essayée que sur quelques moribonds.

Cette reconnaissance de l'action médicatrice des évacuans, de la part des médecins qui les ont employés dernièrement, me paraît une circonstance favorable à la reproduction des idées des anciens sur ce point de thérapeutique, et j'espère que maintenant on accueillera avec quelque intérêt des recherches qu'on eût peut-être dédaignées, il y a quelques années, à cause de l'opinion générale où l'on était que les anciens, ignorant complétement l'essence anatomique de la fièvre, ne pouvaient pas la traiter d'une manière convenable. Voici une série d'auteurs recommandables qui ont insisté d'une manière particulière sur la méthode évacuante dans les fièvres graves, et qui nous ont laissé les résultats de leur pratique :

1° *Sydenham* (*Opera*, Genevæ, 1769, t. Ier). Cet auteur décrit (page 435) une fièvre qu'il appelle *nouvelle*, et que MM. *Petit* et *Serres*, considèrent comme l'analogue de leur fièvre entéro-mésentérique. Il recommande de ne saigner qu'une fois, de purger tous les deux jours, et de donner encore de la crême de tartre les jours intercalaires ; il blâme fort les astringens, comme s'opposant à la guérison d'une maladie dont le traitement est basé sur la purgation. « Primo loco sanguinem è » brachio dextro ad ℥ x educi volo. Neque sanè febris » hæc (ut ut sanguis emissus pleuriticorum sæpissimè » sanguinem æmulatur) reiteratam phlebotomiam facile tolerat.... Sequente aurorâ lenitivam hanc potionem exhibeo : tamarind. ℥ 2, fol. senn. ʒ ij, » rhubar. 32, coq. s. q. aq. ad ℥ iij. in colat. dissolv. mann. » et syr. rosar. solutiv. aa ʒ j. m. s. f. potio, sumenda » sommo manè... Quod quidem catharticum etiam alternis diebus repetendum præscribo, donec tertiam » vicem expleverit.... Quandoquidem enim, licèt id » rarò evenit, ægro à febre jam dicâ methodo liberato, » recrudescentia materiæ febrilis post dies aliquot morbum post liminio reducere videtur, quem tamen purgatio quartâ vice repetitâ mox eliminat... Diebus à » purgatione liberis sequentia vel his similia nonnunquam præscribo. Conserv. lujulæ et cynosbati, aa ℥ j. » Conserv. berberum ℥ ß, cremoris tartari ʒ j, etc.... » Verùm in his omnibus spiritum vitrioli, et si summé » refrigerantem semper devito, utpotè qui cùm egregiè stypicus sit, minùs convenit morbis omnibus quorum curatio purgatione nitritur. »

2° *Baglivi* (*Opera*, Lugduni, 1746, page 51, *de Febribus malignis et mesentericis*). Cet auteur dit que les fièvres mésentériques ne deviennent malignes que par la manière dont elles sont traitées ; quant à lui, il prévenait cette malignité par des purgatifs répétés, même les jours critiques. « Quandò ego solus ægrotorum » curam meorum incipio, et meâ methodo febres curo, » rarò tales malignas febres observo ; sed quandò ad curationem ab alio inceptam vocatus sum, quoniam mente » mille præjudiciis antecepta curatio febrium instituitur, nec oraculis naturæ, et magni senis præceptis » auscultatur, mille differentia et gravia observo accidentia, quæ frequenter soboles sunt methodi depravatæ, non verò naturæ morbi.... In febrium mesentericarum curatione sæpè vidi, inutile esse dies criticos » eorumque vim et potestatem observare, sed tantummodò vehementiam ac remissionem accidentium.... » Quandò vel minimùm remittere et mitescère accidentia observo, statìm purgationem instituo etiam » ipso die critico, nam hujusmodi febres vim et potestatem criticorum spernunt ac perturbant, et humorum apparatum è mesenterio quàm citissimè educo, » clisteres etiam bis in die injicio, purgationes frequenter præscribo, et totam dirigo indicationem in » educendo per purgationes mesenterico appartau. »

3° *Historia morborum qui Uratislaviæ grassati sunt* (Lausannæ, 1746). Les auteurs de cette relation, tous médecins stahliens, donnent (page 8) l'histoire d'une fièvre pétéchiale qui sévit à Breslaw en 1699, dans laquelle ils constatèrent les mauvais effets de la saignée et la puissance médicatrice des purgatifs. « In horum » numero (ils viennent de citer les médecins qui ont » combattu la saignée dans cette maladie) sunt *Grassius, Pauli* et *Helwic*, et hic quidem ultrà ducentos » petechiali febre detentos sine venæ sectione tractavit, ac ex his vix octo fatis occubuerunt ; in illis verò » qui proprio consilio, ut non rarò fit, venam sibi pertundi fecerant, circà dies criticos congestiones ad » caput, deliria phrenetica, anginam, aphthas, aphoniam, alvi siccitatem ac convulsiones observavit. » Plurimi quidem sine ope purgantium, teste *Grassio*, » *Pauli*, et aliis, cum sanitate in gratiam redierunt » nihilominùs lenientia eximium habuisse usum certum est. Tametsi verò statim ab initio satis sciremus ab usu evacuantium mitiorum, in similibus » febribus, non abhorruisse, *Sennertum*, *Langium*, » aliosque : hæsitabamus tamen non parùm donec » videremus eos, quibus re pensitatiùs deliberatâ evacuans datum, faciliùs superare morbum. Confirmamur étiam hinc, quòd toto die cerneremus diarrhœsa, » si non ut iliter, absque damno tamen petechisantibus concitari ; undè facilè concludere liceba » nos tutò quoque sic naturam imitari, et cathartico » sordes in intestinis hærentes eliminari posse, id quod » fluxibus hisce concitatis natura molitur.... Ducebat » eò nos etiam ipsa ratio, quandoquidem sole clarius » in hâc febre nostrâ adesse impuritatem sanguinis et

» corruptionem, quam veteres fortassè non ineptè putridinosam dixerunt. »

4° *Huxham* (Essai sur les fièvres, Paris, 1752; fièvres pétéchiales, putrides et malignes). « On doit dès le commencement de ces fièvres évacuer non-seulement l'estomac, mais même tout le conduit intestinal par des moyens simples et aisés, comme sont les lavemens préparés avec du lait, du sucre et du sel; les purgatifs composés avec la manne, la crême de tartre, le sel de *Glauber*, les tamarins et la rhubarbe (p. 139). J'ai souvent vu avec un plaisir infini, dans ces sortes de fièvres putrides, un changement étonnant dans la maladie, après un vomissement ou une ou deux selles, quoiqu'elle eût été précédée d'une anxiété inexprimable, de l'oppression des hypochondres, de nausées continuelles, d'éructations et de hoquet.... Il n'est pas douteux que s'il venait à s'insinuer quelque poison dans l'estomac ou dans les intestins, il faudrait l'en chasser le plus tôt qu'il serait possible; or, il est certain qu'une bile corrompue n'est pas moins pernicieuse qu'un poison actuel, etc. » (p. 138.)

5° *Pringle* (Maladies des armées, Paris, 1793; traitement de la fièvre des camps, p. 271). « Dans la seconde période, lorsque la fièvre se manifeste, si le pouls est plein, je fais ordinairement tirer un peu de sang, si on ne l'a pas fait plus tôt. Lorsque les symptômes sont violens, ils semblent indiquer une évacuation abondante; cependant les grandes saignées deviennent communément funestes, parce qu'elles abattent le pouls et qu'elles affectent la tête.... Grand nombre de malades ont été guéris sans saignée, et parmi ceux à qui on a tiré beaucoup de sang, très-peu se sont rétablis. Quand nos troupes revinrent, dans l'automne de 1757, de l'expédition à la rade de Basque, on amena à l'hôpital de Portsmouth plusieurs soldats attaqués d'une maladie composée d'une fièvre d'automne et d'une fièvre d'hôpital. La fièvre ordinaire à cette saison prit bientôt une forme maligne dans les endroits du vaisseau, trop chargé de monde, où on les mit. Tous ceux qui n'étaient pas fort abattus, je les faisais saigner et ensuite purger; après cela, procédant de la manière dont j'ai parlé dans le traitement des fièvres d'automne, je leur donnais deux fois par jour un grain de tartre émétique, qui non-seulement faisait aller par haut et par bas, mais encore amenait une sueur. Tous ceux qu'on traita de cette manière se rétablirent. »

6° *Caroli Strak* (*Observationes de morbo cum petechiis*, Ticini, 1792). L'épidémie de fièvre pétéchiale dont parle *Strak* régna à Mayence et dans les environs en 1760. Il hésita d'abord entre l'opinion de *de Haen*, qui regardait les pétéchies comme l'effet d'un traitement échauffant, et celle des médecins qui les considéraient comme une crise qu'il fallait au contraire provoquer au moyen des diaphorétiques; mais l'observation lui apprit bientôt que ces deux opinions étaient dangereuses, et lui fit admettre que les pétéchies étaient l'indice de la présence de matières putrides dans l'intestin. « Quamvis autem post adhibita talia quidem » auxillia ægri evenissent, nihilominùs alii periere » quorum morbo sive refrigerantibus, sive acidis auxiliis, sive camphorâ, sive diaphoreticis remediis, occursum erat. Ob quam causam etiam istam curandi » rationem jure ut incertam repudiavi. Tuliorem itaque » cogitans curandi methodum, petechias cum vibicibus lividisque maculis atque lenticularibus illis punctis, quæ cutim non excedunt, comparavi; et qualia » olim in infantum cute videram. subactâque sæpè alvo » submovebam, eo quod eæ aut à vermibus sive vivis » sive mortuis, aut ab aliâ quàpiam putridâ re, quæ in » imo ventre residebat, provenerant... Posse quoque » ipsas petechias simili de causâ oriri, foreque ad cædem disparerent, si movendo alvum putrida ista colluvies subtrahatur. » (P. 22.) *Strak* suivit dès lors l'indication que le raisonnement lui avait fournie; il purgeait ses malades d'une manière presque continue, et ne saignait que rarement, lorsqu'il y avait des douleurs locales très-vives, ou que les pétéchies étaient diffuses. Sur cent cinq observations de fiévreux ainsi traités, il n'y en a que sept morts, dans six desquels on avait employé la saignée.

7° *Grant* (Recherches sur les fièvres, Paris, 1773, t. II). Cet auteur compare la fièvre bilieuse putride à la nouvelle fièvre de *Sydenham*, et à la fièvre de Lausanne de *Tissot* (p. 165). « Quoi qu'il faille tirer du sang, on doit néanmoins, dans les fièvres putrides bilieuses, ne regarder ce moyen que comme un palliatif employé pour obtenir quelque répit, jusqu'à ce qu'on ait ramené le pouls à son état... Quant à la seconde indication, on sait que la cause irritante est un *épaississement morbifique jaune*, qui ne peut être chassé que par les vomitifs et les purgatifs » (p. 174). Il donne quatre observations (p. 182, 196), où l'on voit un amendement rapide suivre les évacuations gastro-intestinales.

8° *Tissot*, Histoire de la fièvre bilieuse de Lausanne (Paris, an VIII). Cet auteur pensait que la cause de cette maladie était une matière saburrale putride qui surchargeait le système digestif. Il employait contre elle, d'abord l'émétique, puis les laxatifs plus ou moins répétés suivant les cas. Ces moyens formaient la base de son traitement. « Bien des gens, dit-il, s'étonneront et peut-être nous blâmeront de la constance opiniâtre avec laquelle nous avons fait usage du même remède, souvent sans changer de formule, dans tout le cours de cette maladie; mais fallait-il donc imiter ceux qui, ne s'occupant jamais de la cause, n'apercevant que les symptômes et marchant par conséquent d'erreur en erreur, écrivent à chaque visite un grand nombre de prescriptions souvent contradictoires entre elles avec celles des jours précédens » (page 153)? Il faut remarquer (page 148) qu'il n'a jamais proféré le mot de saignée, « quoique l'existence assez fréquente de la chaleur, de la sécheresse de la peau, de la douleur de tête, d'un délire violent et d'une fièvre aiguë, parussent indiquer cette évacuation... Je sais que parmi les gens du peuple plusieurs individus sont morts peu après des saignées coup sur coup répétées » (page 279).

9° *Haller* (*Opera minora*, t. III, p. 327). *Haller* rap-

porte l'histoire d'une fièvre putride qui fit de grands ravages dans certains villages du canton de Berne en 1762, et qu'il arrêta pour ainsi dire à l'aide des évacuans : « Et tamen qui adeò dirus morbus erat non difficillimè curabatur ; cùm putridos humores ex omnibus signis adgnoscerem, cùm vomitum et diarrhœam biliosam lætum habere eventum viderem, naturæ nutum secutus, hinc par alvum leniter morbosos humores expedire adgressus sum.... Venam nunquam secare jussi, et si aliquandò id auxilium utile esse potuisset, non ausus sum judicium in re periculo plenâ theologis aut chirurgicis permittere. Funestissimam sanguinis missionem fuisse, cùm sibi relicti miseri nescio quorum hominum auxilia admitterent, communis fama fuit... In gubernio meo triginta quinque ægroti his remediis curati fuerunt; perierunt septem quorum tamen aliqui aut vino se obruerant, rustico et pessimo consilio usi : alii corpore erant undiquè ruinoso. Fuit tamen robustus homo, qui tertio die medicum vocavit, et quarto periit. In Alpibus inter ægros 35 obierunt quinque. Ante hæc auxilia sub finem februarii mensis in valle Gessenai 95 ægri fuerant, perierant 85, quæ ferè duodecima pars incolarum erat. In diocesi Estivas vix sex ægri servati fuerant. Accusabant incolæ ipsi venæ sectionem, vinum, theriacam ; ego præterea cubilia humilia, plena putoris et vaporum» (p. 375).

10° *Lepecq de la Cloture* (Observations sur les maladies épidémiques, t. I). Il rapporte d'abord l'histoire d'une fièvre *putride vermineuse maligne* qui se montra au Gros-Theil en Normandie, pendant l'année 1770. « Le foyer de cette maladie épidémique était niché tout entier dans l'estomac et les premières voies... puisqu'en un mot, en purgeant à propos et suffisamment, on préservait les liqueurs de la corruption putride, et qu'on évitait les éruptions pétéchiales qui en sont la suite. (page 132). L'émétique, souvent corrigé par la casse pour les tempéramens plus faibles, varié et répété, entretenu au besoin ; le petit cidre, les sucs de groseilles, les fruits de la saison, le vinaigre et le sucre, des lavemens au lait, voilà les armes simples et victorieuses que j'ai employées. J'avais expressément défendu la saignée... Le succès fut si constant que nous compterions aisément plus de cent cinquante malades guéris en suivant notre traitement, c'est-à-dire tous, si l'on en excepte le petit nombre de morts que nous avons nommés, parmi lesquels il n'y en a que deux assujettis au traitement commun (page 172)..... Et l'épidémie était en cet instant dans sa plus grande vigueur : il y avait nombre de malades dans tous les hameaux, et ils mouraient fréquemment » (page 185)... Il rapporte (page 235) l'histoire d'une autre épidémie plus grave encore que la précédente, qu'il nomme fièvre *putride exanthémateuse pestilentielle*, et qui exerça ses ravages à Louviers en 1770; depuis le mois de janvier jusqu'au mois de septembre, elle avait moissonné près de deux cents victimes dans la ville ; il y en était mort près de cent autres dans le cours de ce mois (page 236)... « Pour moi, je n'en fis saigner aucun... Les vomitifs, les éméto-cathartiques administrés de bonne heure, et répétés dans le cours de la maladie, en ont toujours rendu la marche plus régulière, plus bénigne (page 341).... Les habitans de Louviers se souviennent que ce séquestre (dans l'hôpital de Sainte-Barbe) répondit parfaitement à nos vues et à nos vœux : il y mourut au plus un douzième de malades, pas même un quinzième, si l'on veut en excepter ceux qui y furent apportés moribonds et sans ressource (page 331)... » Dans le tome II, *Lepecq* donne la relation d'une fièvre *putride miliaire vermineuse*, qui sévit dans la paroisse de Combon en 1763, d'après les observations fournies par M. *Hardy*, envoyé contre elle, par ordre du contrôleur-général (page 131). « Le nombre des morts était si prodigieux, que les paroissiens interdirent eux-mêmes le son des cloches; enfin il n'en était pas échappé un seul à la mort avant l'arrivée de M. *Hardy*, et ce, pendant huit à neuf mois de désastre » Voici le traitement mis en usage par M. *Hardy* : « 1° Je leur administrais l'émétique dès le premier instant, et le répétais autant de fois qu'il en était besoin...; 2° je fus obligé de recourir à des médicamens capables de résister à la dissolution, de prévenir la putréfaction et de soutenir le ton des solides... Cette indication fut remplie par le secours des acides, tant végétaux que minéraux... 3° Lorsque j'avais fait vomir suffisamment, et à plusieurs reprises, j'employais les tamarins, la crême de tartre, la rhubarbe ou la casse, pour purger mes malades avant l'éruption. Bientôt la fièvre perdait de son intensité (p. 135). Dans le cours de ce traitement, qui mit fin à cette cruelle épidémie après trois mois et une semaine de soins journaliers et d'exactitude, il n'en mourut que cinq (page 137). »

11° *Stoll* (*Médecin pratique*, Paris, an IX, t. I, p. 179). A propos de l'usage des vomitifs dans les fièvres malignes, Stoll dit : La méthode qui réussit si bien à l'illustre *Wagner*, médecin de la ville de Lubeck et disciple d'*Heister*, mérite d'être particulièrement recommandée. Ce médecin, considérant comme maladies gastriques ou mésentériques les fièvres exanthématiques, pétéchiales, pourprées, et autres semblables, prescrivait une mixture composée de trois ou quatre onces d'eau de chardon bénit, et d'un demi-gros d'ipécacuanha trituré avec un sel neutre quelconque. Le malade en prenait une cuillerée ordinaire toutes les demi-heures ou toutes les heures jusqu'à ce que l'ipécacuanha eut produit son effet accoutumé... Mais si le mal s'aggravait dans les douze heures, si le pouls et la respiration ne s'étaient point améliorés, il répétait la même potion et autant de fois qu'il était nécessaire, jusqu'à ce que la rémission des symptômes annonçât que la maladie prenait une meilleure tournure.

12° *Sarcone* (*Histoire des maladies observées à Naples en* 1764, Lyon, 1805, t. II). *Sarcone* observa que « le choléra qui paraissait dans les premiers jours de la maladie coupait cette même maladie comme par ses racines (p. 114.) » Cela lui fournit l'occasion de provoquer des choléras artificiels au moyen de l'émétique et des laxatifs (p. 363.) « On voyait clairement la nécessité

d'expulser de l'estomac et du canal intestinal la masse des impuretés, soit parce que les désordres et les convulsions ne se terminaient pas, à moins qu'on n'eut enlevé le levain, soit parce qu'on ne pouvait attendre que d'immenses désordres et de funestes corruptions, dans les intestins mêmes, du séjour incommode des matières devenues putrides. » Son ami *Rubertis* avait, dans le grand hôpital de l'*Annunciata*, dont il était le premier médecin, introduit l'usage du fameux vomitif préparé à la méthode de *Wagner*, et il l'avait fait avec le plus grand succès (p. 364). *Sarcone* employait quelquefois une *discrète* saignée (p. 364).

13° *Pleneiz* (*Acta et observata medica*, Pragæ, 1782). Cet auteur observa à Prague, pendant l'hiver de 1780, une fièvre putride avec pétéchies, dans laquelle il employa la méthode évacuante avec un grand succès. Il rapporte (p. 28) un cas de cette maladie, tant pour qu'on juge la maladie elle-même que pour que l'on puisse connaître les détails de son traitement : « Frequentia magna similium pituitosorum morborum » tunc temporis universam penè tenuit urbem, qui » morbi plerisque putridi audiebant, cortice autem et » acidis mineralibus pejorabantur insigniter, evacuantibus autem egregiè levabantur. Exempla horum » morborum copiosissima tunc habui in orphanotropio » nostro, ubi nempè 45 infantes, et ipse illorum pædagogus hâc febre laborabant. Paucissimis venam secui, omnibus emeticum, nonnulis etiam ternum » exhibui, interpolato decocto taraxasci cum sale ammoniaco, rarissimè vesicante ob soporem aut rheuma » aliquod indigni, amarisque stomachis, medellam » clausi, eo eventu, ut ex his 46 ægris nullus desideraretur. »

14° *Reil* (*Memorabilia clinica*, Halle, 1790, t. 1, (p. 1). L'auteur rapporte l'histoire d'une fièvre nerveuse épidémique qui régna à Halle et dans les environs, en 1787. Il remarqua que les saignées même les mieux indiquées était pernicieuses, et que l'émétique répété faisait merveille. « Sub ortum frequentissimè febris speciem præ se ferebat, si in sana plethoricaque subjecta » conjecta, validiorem sanguinis ebullitionem accendebat. Tunc facilis et ægro et medico parùm cauto et » persuasio, venam incidendi necessitatem premere » præcipuè si vertigo, capitis dolores, deliria, etc... » affectarum partium phlogosim mentiebantur. Sed » infelix erat hujus conaminis eventus ; subita enim » virium fuga, quæ sanguinem detractum sequabatur, » mox febrem malignam revelabat. A venæ sectione » vel novæ mentis alienationes surgebant, vel quæ jam » erant increscebant (p. 4). Emetica egregiæ utilitatis » erant, et repetitis vicibus quovis morbi tempore porrigebantur, imperante hanc viam naturâ, quæ omni » febris stadio signa turgidarum sordium, earumque » vomitus spontaneos producebat. Ab emesi levamen » et ingens pituitæ et bilis rejectio. » (p. 24).

16° *Rasori* (Fièvre pétéchiale de Gênes, Paris, 1822) L'auteur dit qu'il traita d'abord cette fièvre d'après les idées de *Brown*, par les échauffans, le vin, le quina, etc. « Mais le mal augmentant visiblement sous l'influence de ces moyens, il mit en usage les boissons acidules, les sels neutres, le tamarin, mais surtout le tartre stibié et le kermès, qu'il donnait avec profusion pour *contre-simuler* (p. 35). Le succès de cette méthode fut si heureux, qu'il ne perdit pas un seul de ses malades, et cependant, ajoute-t-il, j'en ai traité beaucoup, parmi lesquels il y en eut qui furent en grand danger » (page 28). Il confirma la bonté de cette méthode pendant douze ans dans les hôpitaux civils et militaires, dans beaucoup d'épidémies et dans les fièvres des prisons (p. 237). Le professeur *Villa*, directeur de l'hôpital de Lodi, employa ce traitement en 1812, dans une épidémie de fièvre pétéchiale. « Voici le résultat numérique de l'issue de ces fièvres dans cet hôpital : il y avait vingt et un hommes et quatorze femmes, en tout trente-cinq ; il est mort seulement deux hommes et point de femmes, ce qui donne une mortalité de cinq ou six pour cent » (p. 238).

16° *Hamilton*, (*avantages des purgatifs*, Paris, 1825). Il eut l'occasion d'employer les purgatifs dans une épidémie de typhus qui se déclara à Leith, près d'Edimbourg, en 1781 ; il remarqua qu'ils ne guérissaient que par les évacuations alvines qu'ils provoquaient.... « Ils dirigent, en effet, de haut en bas les matières contenues ; ils déplacent et entraînent complétement les fèces, qui dans ce cas deviennent irritantes. La nécessité d'expulser cette masse nuisible est donc évidente (p. 36). » Les purgatifs, étant donnés de bonne heure, rendant les premiers symptômes moins graves, en préviennent de plus redoutables, et terminent ainsi promptement la maladie (p. 39). » Suivent onze extraits d'observations dans lesquelles les purgatifs sont suivis d'un amendement rapide.

17° *Hildebrand* (*du Typhus contagieux*, Paris, 1811). L'auteur expose dans cet ouvrage les résultats de sa longue pratique dans les armées. Il regarde la saignée comme nuisible dans la plupart des cas, souvent indifférente ou inutile ; mais il reconnaît qu'elle peut être nécessaire dans certains cas d'affections locales (p. 197)... « C'est une sorte d'empirisme rationnel qui présente les vomitifs comme moyens de traitement au commencement du typhus (p. 199)..... » Il recommande ensuite les sels neutres, le tamarin pendant le premier septénaire (p. 195). Il blâme les purgatifs violens et les toniques (p. 200). Dans la période nerveuse, il recommande les vésicatoires : l'infusion d'angélique, etc. « Ayant eu à soigner un nombre prodigieux de malades dans une épidémie qui régna en Gallicie en 1806, et dernièrement encore à Vienne dans les hôpitaux militaires français..., j'ai été très-heureux avec ce traitement, puisque je n'ai pas perdu dix malades. »

Je m'arrête enfin dans mes citations, tout en faisant remarquer qu'il m'eût été facile d'en grossir le nombre en puisant dans les ouvrages de *Baillou*, *Lancisi*, *Mercurialis*, *Hoffmann*, etc., etc. On voit que les opinions et les faits des auteurs que j'ai passés en revue confirment pleinement la pratique des médecins qui ont employé dernièrement les évacuans dans la fièvre typhoïde et qu'il y a, sous le rapport du succès, accord parfait

entre les anciens et les modernes. Quant aux agens thérapeutiques employés et conseillés par ces auteurs, on a dû signaler tant dans leur choix que dans leur mode d'administration, quelques différences assez notables : ainsi *Stoll*, *Pleneiz*, *Reil*, insistent particulièrement sur les émétiques : *Baglivi*, les médecins de Breslaw, *Haller*, *Hamilton*, *Strak*, ne parlent que des purgatifs ; *Lepecq*, *Tissot*. *Huxham*, unissent les émétiques avec les purgatifs. Les uns font quelquefois précéder leur emploi d'une simple saignée, les autres s'élèvent avec force contre toute émission sanguine. La médication exercée par ces agens thérapeutiques est évacuante pour *Lepecq*, *Sydenham*, et le plus grand nombre ; elle est empirique pour *Hildebrand*, contro-stimulante d'après *Rasori*. Que conclure de tout cela ? Que les émétiques et les carthartiques ont toujours été les principaux moyens de la curation des fièvres, quelque adjuvant qu'on leur ait donné, et quelle que soit la manière dont on ait expliqué leur action médicatrice.

Cependant la conclusion que je viens de tirer sur la faveur dont ont joui les moyens évacuans pour la curation des fièvres est, à vrai dire, un peu trop générale, car l'histoire de l'art nous apprend que quelquefois on les a mis entièrement de côté. Nous allons voir dans quelles circonstances et ce qu'il en est résulté. *Silvius Le Boë* eut à traiter une fièvre maligne qui sévit à Leyde en 1670 (*Opera medica* Trajecti ad Rhenum, 1695). Pensant que la cause première de cette maladie était un *suc mélancolique acide*, il le tempérait par l'esprit de vin mélangé avec l'esprit de nitre dulcifié ; puis l'absorbait par l'alumine, l'esprit de vitriol (p. 858) si bien qu'il perdit les deux tiers des principaux habitans de la ville : « Et ita quidem sæviit lues, ut primariorum » incolarum portis duæ tertiæ ejus vi fuerunt medio » sublatæ. » (p. 815). Mais *Le boë*, fortement persuadé de l'indication curative que la chimie lui avait fournie. rejette cette grande mortalité sur la colère de Dieu, qui avait empêché l'action de tant de bons médicamens : « Planè ignarus est ille medicus qui non videt toties » impeditam medicamentorum étiam optimorum vim » haud dubi ab irato Deo, ægrosque ad resipiscentiam » saultarem per immissos ipsis morbos invitante et hortante. » (P. 816.)

Ramazzini, autre chémiatre (*opera*, Genevæ, 1717), traita une fièvre pétéchiale qui survint à Modène en 1694, d'abord par les alcalis ; puis, ceux-ci ne lui réussissant pas. il eut recours aux acides avec aussi peu de succès (p. 199). Les autres médecins de la ville employaient les alexipharmaques et les échauffans, et ils n'étaient pas plus heureux que lui. Cette épidémie fut meurtrière, moins par sa nature propre que par suite des divers traitemens qu'on employait contre elle, et il mourut moins de monde à la campagne qu'à la ville, ce que *Ramazzini* a la bonne foi d'expliquer en disant que les paysans des environs de Modène, respiraient un air pur, et qu'ils n'avaient pas de médecins. « Frequentiora » in urbe quam in proximis agris fuere funera, sive » quod in aere salubriori degerent, sive quod medicis » carerent » (p. 197). Il n'y a qu'un seul médicament dont *Ramazzini* parle avec faveur, qu'il se permettait dans certains cas de *turgescence*, et que ses confrères repoussaient comme s'opposant à l'éruption des pétéchie ; c'est un purgatif léger au commencement de la maladie. Il pense que la négligence de cette pratique ne fut pas peu nuisible aux malades. « Hoc documentum » blandæ purgationis in principio vel neglectum vel » parùm salutare creditum, non levi damno ægrotantibus fuisse crédiderim » (p. 114.)

On sait que *Stahl* avait établi en principe que toutes les maladies tenaient à un trouble de l'âme, que leur guérison ne s'opérait que par la cessation spontanée de ce trouble, et que les différens moyens de médecine active, loin de contribuer au rétablissement des malades, ne faisaient que le retarder ou l'empêcher, en paralysant les opérations médicatrices de l'âme. Les évacuans n'échappèrent pas à cette proscription générale des médicamens, et *Stalh* appellait *stercorarii* les médecins qui en faisaient usage. « Qui per anum ægritudines ex» pellendas asserunt, atque hi sunt stercorarii docto» res. » (Ars sanandi, t. II, p. 6). Qu'arriva-t-il de là ? il éclata une fièvre pétéchiale à Breslaw en 1699, celle que j'ai rapportée plus haut ; les médecins stabliens, qui en ont fait la relation, et qui la traitèrent, craignant d'abord d'augmenter la perturbation de l'âme, et, que sait-on ? craignant peut-être aussi d'encourir l'épithète de *stercorarii*, hésitèrent beaucoup à employer les purgatifs ; mais ils se rendirent enfin à cette pratique quand ils virent que ceux qui étaient purgés se tiraient facilement d'affaire. « Hæsitabamus ta» men non parùm, donec videremus eos quibus re pen» sitatiùs deliberatâ evacuans datum, faciliùs superare » morbum. » Aussi en conclurent-ils, contre l'animisme de leur maître, qu'il y avait évidemment dans cette maladie une corruption et une impureté du sang, que les anciens n'avaient pas sottement appelée putride. « Sole » clarius in hâc febre nostrâ adesse impuritatem san» guinis et corruptionem quam veteres fortassis non » ineptè putridinosam dixerunt. »

Plus tard, *de Haen* nia également la putridité dans les fièvres malignes, et la conséquence qu'il tira de cette idée fut de traiter ces fièvres par des moyens autres que les évacuans. Voici les méthodes qu'il employait, et le jugement qu'il porte sur elles : « In nonnullis malig» nis antiphlogisticam curam adhibui, nonnullos servavi ; » in aliis ægris demulcentem, involventem, oleosam » curam institui, plures curavi ; methodo leviter car» diacâ nonnunquam usus sum, infelix non fui. » (*Ratio medendi*, Paris, 1771, t. I, p. 287 : *De Haen* nous apprend par là qu'il y a eu des succès avec les antiphlogistiques, les adoucissans, les cardiaques, sans accorder de préférence exclusive à aucun d'eux. Mais comme il ne nous dit pas positivement en quoi consistait ce succès, et que d'ailleurs il n'établit aucun rapport entre ces méthodes et celle des évacuans, qu'il n'avait pas expérimentée, la supériorité de cette dernière ne me paraît nullement attaquée, et dès-lors l'on peut aussi bien conclure que ses trois méthodes de prédilection étaient aussi également mauvaises qu'également bon-

nes. Ce qui me paraît surtout infirmer les prétendus succès de *de Haen*, c'est le passage suivant de son illustre successeur dans la chaire de clinique de Vienne. « Des fièvres bilieuses et putrides, qui par elles-mêmes n'étaient nullement malignes, le devenaient, et à un très-haut degré, soit parce qu'on négligeait de les traiter, soit parce qu'on employait une méthode échauffante, ou des saignées, et tout l'appareil des moyens antiphlogistiques. (*Stoll, Médecine pratique*, t. II, p. 24.) Ce changement fatal d'une fièvre bénigne en maligne. je le prévenais efficacement quand les malades se confiaient d'assez bonne heure à mes soins» (p. 25). Il dit plus loin que c'est au moyen de l'émétique. N'est-il pas étonnant que les adoucissans ou expectans, les échauffans, les antiphlogistiques, dont *de Haen* se vante d'avoir retiré quelque succès dans les fièvres malignes, soient précisément, au dire de *Stoll*, les moyens qui aient la fâcheuse propriété de faire des fièvres malignes? Et à qui se fier dans une opposition aussi flagrante des doctrines thérapeutiques, si ce n'est à *Stoll*, qui, ayant observé les effets des différens moyens, était beaucoup plus à même de les juger que *de Haen*, qui ne parle pas des évacuans, qui par système ne les employait pas, et qui s'est ainsi privé d'un puissant moyen de comparaison pour apprécier au juste la valeur des agens que sa théorie lui permettait de mettre en usage. Au reste, la pratique de *de Haen* ne jouit pas d'une grande faveur. *Hasenœhrlius* est le seul de ses élèves qui eut l'occasion de l'employer dans une fièvre pétéchiale qui régna à Vienne en 1757, et que l'auteur nous représente comme grave (*Hasenœhrlius*, Hist. fébr. petech., Viennæ, 1760). Cependant, quelque dévoué que fût *Hasenœhrlius* aux idées de son maître, il ne put s'empêcher de rompre souvent avec elles, en donnant de l'émétique à ces malades dans le cas de turgescence : *Ubi bilis et saburra collecta flagitaret*. Il fait remarquer qu'il s'ensuivait un grand amendement dans l'état des symptômes : *undè sæva multa symptomata tollebantur*.

Enfin, un autre novateur non moins radical que les précédens fut *Brown*. Ce médecin, regardant les typhus comme produits par une faiblesse directe ou indirecte, conseilla contre eux les stimulans de toute sorte, pour ramener l'incitation au terme moyen qui constitue la santé. J'ai déjà dit que *Rasori* observa les mauvais effets de cette thérapeutique dans la fièvre de Gênes, et qu'il fut obligé de revenir à la méthode évacuante, que, par un reste d'attachement aux idées de *Brown*, il donne comme nouvelle sous le nom de *contro-stimulante*.

L'emploi de l'émétique et des cathartiques dans les fièvres n'a donc pas été si généralement adopté qu'on aurait pu le croire d'abord. On vient de voir, en effet, que quelques théories les ont fait tour à tour envisager comme dangereux ou inutiles ; mais on a dû voir aussi que l'observation pure et simple des faits a suffi pour montrer leur supériorité médicatrice. et ramener les médecins dans la véritable voie thérapeutique. Serait-ce par suite d'une semblable influence de système que les évacuans ont été abandonnés dans ces derniers temps? On doit peut-être le pressentir, car on conçoit difficilement qu'ils n'aient acquis des propriétés réellement malfaisantes que depuis que l'on s'occupe si activement de l'histoire anatomique des fièvres. C'est au reste ce que nous allons examiner.

Lorsque la gastro-entérite fut constituée sur la ruine des cinq pyrexies de *Pinel*, dont on avait malheureusement adopté les idées de solidisme, on considéra l'inflammation de l'intestin comme cause primitive ou principale des lésions fonctionnelles qui caractérisent les formes diverses de fièvres continues ; et dès lors l'indication parut évidente, de ne jamais mettre en contact avec la muqueuse intestinale des agens capables de l'exciter, de l'irriter et d'augmenter par là son inflammation. C'est assez dire que les moyens évacuans, dont l'action est de solliciter les sécrétions et les contractions du tube digestif, parurent extrêmement dangereux dans cette maladie. Mais il fallait des faits pour venir confirmer cette induction théorique contre les évacuans. Un des auteurs d'un ouvrage classique de l'époque (Dict. en 21 vol. art. *Gastro-entérite*) en cite trois qu'il emprunte à l'ouvrage de *Prost*; ce sont les observations XV, XX, LXIV. La première concerne un jeune homme qui fut traité par l'émétique le quinzième jour de sa maladie, et dont les symptômes augmentèrent de plus en plus jusqu'à la mort. La seconde est celle d'un individu à qui on administra un émeto-cathartique, et dont l'affection fut momentanément enrayée; cinq jours après elle s'exaspéra de nouveau : mais on employa infructueusement un second émétique : la maladie marcha. et la mort arriva. Enfin, dans la troisième, il s'agit d'un jeune homme qui entra à l'hôpital de la Charité. le quinzième jour de sa maladie, et qu'un émétique administré en ville dès le début de l'affection n'avait pas empêché d'aller de plus en plus mal. Ces trois faits, dont on pourrait se servir au besoin pour appuyer ce que j'ai dit de l'importance qu'il y a d'employer les évacuans d'une manière continue, et avant que le mal ait fait trop de progrès, tendent à prouver dans l'article en position, que l'émétique « aggrave toujours la souffrance des organes digestifs ; le soir ou la nuit qui suit l'administration de ce remède, les malades éprouvent plus d'agitation, de chaleur, d'accablement : la langue est plus sèche, le pouls plus vif. etc., et souvent, dans cette nuit même, l'inflammation se répète dans le cerveau ou ses membranes. » (T. X. p. 167). On reconnaît à peu près les mêmes inconvéniens à la casse, l'huile de ricin, le petit-lait tartarisé, etc., etc. : aussi propose-t-on de faire table rase de tous ces moyens-là.

On s'étonnerait que trois faits mal interprétés aient suffi à faire éliminer un traitement sanctionné par l'expérience, si on ne savait ce que peut l'illusion d'une théorie regardée comme infaillible. Ces conclusions thérapeuthiques furent approuvées en dépit des observations nombreuses consignées dans les ouvrages des anciens ; cependant on consultait les ouvrages des anciens, mais c'était seulement pour y rechercher le degré de leurs connaissances relativement aux caractères

anatomiques de la fièvre. Toute la médecine était-là ; et chose étonnante, on les croyait avidement quand ils parlent de lésions intestinales, mais on ne voulait plus les écouter quand ils indiquent le traitement le plus convenable. Ainsi, l'on regrette quelque part (Diction. en 15 vol., art. *Fièvres*) que *Rasori* ne nous ait pas donné quelques autopsies dans sa relation de la fièvre de Gênes ; mais quant aux moyens à l'aide desquels il a eu le bonheur de ne pas perdre un seul de ses malades, on se garde bien de les recommander ; on regarde ces moyens comme très-dangereux.

On croirait peut-être que des enthousiastes seuls ont eu les yeux fermés sur les véritables effets de la médication évacuante, mais on se tromperait fort ; les esprits les plus froids et les plus sévères ont été aveuglés comme les autres. Je me contenterai de citer l'exemple suivant : *Dance* a publié, dans les Archives de 1830 et 1831, un mémoire sur les fièvres graves. Il fait sagement remarquer en commençant (t. XXIV, p. 6) que les nombreuses recherches dont les fièvres ont été l'objet dans ces derniers temps portent en général beaucoup moins sur leur traitement que sur les investigations cadavériques, et que l'espoir qu'on avait conçu d'arriver plus tôt au traitement par cette voix détournée est encore loin de s'être réalisé d'une manière satisfaisante. Il annonce qu'il suivra une marche différente dans son travail, et que la base principale de ses jugemens « pour déterminer quel est, à l'égard de ces affections, le traitement le plus convenable, consistera dans la recherche expérimentale et comparative des effets obtenus par les nombreux médicamens qu'on leur oppose, recherches dégagées de toute opinion. » Parmi les faits nombreux que contient ce mémoire, il n'y en a que six où l'auteur ait observé l'effet des évacuans. Il en rapporte d'abord deux (obs. XVI et XLVII) où il est impossible d'en rien conclure pour ou contre l'ipécacuanha, qui avait été employé. Plus loin (t. XXV, p. 175), à propos de quelques malades traités par les émissions sanguines et les évacuans, il dit : « Ici c'est un drastique des plus violens pris par mégarde, qui détermine des coliques et des selles abondantes, et n'empêche pas une guérison prompte, commencée sous l'influence des émissions sanguines (obs. LVII) ; là, ce sont deux grains d'émétique qui agissent avec une telle violence que le malade se trouve jeté, à la suite d'évacuations excessives, dans cet état d'anéantissement extrême où conduisent les attaques prolongées du choléra-morbus (obs. LVIII) ; toutefois il s'est rétabli presque d'un jour à l'autre. Plus loin enfin, ce sont douze à quinze grains d'ipécacuanha qui produisent une amélioration notable, suivie d'une convalescence rapide (obs. LIX, LX). Assurément, dit *Dance*, ces cas sont capables de faire suspecter l'efficacité des émissions sanguines quand on les emploie en pareille circonstance, et c'est tout ce que nous voulons en conclure pour le moment. » Ainsi, *Dance* ne conclut pas de ces quatre faits en faveur des émissions sanguines, et il a raison, puisque dans les autres cas où elles avaient été employées seules, la guérison n'avait pas été aussi rapidement obtenue. On croira peut-être que ses conclusions seront à l'avantage des évacuans ; loin de là, il lance cette proposition (page 187) : « Quant à nous, médecin d'aujourd'hui, nous ne pouvons affirmer qu'une chose, c'est que tant que durera la constitution médicale dans laquelle nous vivons, il faudra s'abstenir des émétiques et des purgatifs appliqués aux fièvres en question. » Eh bien ! est-ce là la marche expérimentale que *Dance* nous avait promise au commencement de son mémoire ? et ses recherches ont-elles été bien dégagées de toute opinion ? Certainement non ; on ne peut nier que *Dance* ne fût, sans s'en douter, violemment influencé.

Mais si l'on était généralement d'accord sur les moyens à ne pas employer, en revanche on ne l'était guère sur ceux dont il fallait faire usage. Il y avait fluctuation surtout entre les antiphlogistiques, les toniques, les délayans ou expectans, différens moyens dont on sait que *De Haene* se trouvait également bien, mais qu'on ne doit plus hésiter à regarder comme presque également mauvais depuis que les résultats des évacuans nous ont appris à quoi nous en tenir sur leur compte. De cette manière, le véritable traitement était regardé comme pernicieux et l'on employait particulièrement les trois méthodes qui, d'après *Stoll*, changent les fièvres bénignes en malignes, ou, pour parler un langage plus moderne, font passer la fièvre typhoïde du premier au troisième degré. Cette perturbation dans la thérapeutique a eu des suites que chacun doit déplorer ; mais il faut reconnaître que par là même elle n'a pas peu contribué à la réduction et à la localisation des cinq formes de fièvres de *Pinel* ; car, grâce à elle, on voyait si souvent des états fébriles, en apparence différens, avoir la même terminaison, et présenter ensuite le cachet de la même lésion cadavérique, qu'il a été été facile, même aux plus incrédules, de constater leur identité pathologique.

On voit donc que les évacuans n'ont pas été plus nuisibles dans ces derniers temps qu'ils ne l'étaient du temps de *Sydenham*, *Stoll*, *Haller*, etc. Il n'ont été éliminés du traitement de la fièvre que par suite d'une véritable *panique*, qui elle-même dérivait de la manière vicieuse dont on concevait l'altération de l'intestin ; et nous avons subi un reflux de la théorie sur la thérapeutique analogue à ceux qui ont suivi les idées de *LeBoë*, *Stahl*, *Brown*, etc. Seulement il faut reconnaître que cette époque n'a pas été entièrement malheureuse : il nous en reste la localisation des fièvres, découverte dont on doit sentir toute l'importance : mais ne doit-on pas reconnaître aussi qu'elle a été bien chèrement payée ?

Il semblera d'abord étrange qu'après avoir montré le danger des systèmes en médecine, je vienne à mon tour proposer une théorie de la fièvre. C'est pourtant ce que j'ai cru important de faire, après avoir réfléchi à ce passage de *Darwin* : « Il y a quelques praticiens qui déclament contre toutes les théories médicales en général ; ils ne font donc pas attention que penser, c'est *théoriser*, et que personne ne peut diriger le trai-

tement d'une maladie sans penser, c'est-à-dire sans *théoriser*. Heureux donc est le malade dont le médecin possède la meilleur théorie! » (Zoonomie, vol. I; préface). Ce n'est pas, je pense, au sortir d'une période où l'on a vu les esprits les plus positifs sacrifier largement à une influence théorique, qu'on viendra contester la vérité de ce passage de *Darwin*. L'on reconnaîtra donc qu'il est impossible d'échapper à une théorie positive ou négative, et qu'il est dès lors nécessaire d'en avoir une bonne.

Cette tendance inévitable qui nous porte à *théoriser*, a déjà fait expliquer de différentes manières l'action du traitement évacuant. La théorie de M. *Delaroque* me paraît la plus rationnelle de toutes; car c'est elle qui rend le mieux raison des effets du traitement, eu égard aux lésions organiques et fonctionnelles de la fièvre. Je vais l'exposer en deux mots après avoir rappelé les résultats de la médication évacuante. Supposons donc un individu qui présente des symptômes saillans de fièvre typhoïde tels que du gargouillement, de la douleur à la région iliaque droite, du ballonnement du ventre. Si l'on vient à lui administrer un cathartique, il en résultera des évacuations copieuses, fétides, et peu après il n'y aura plus ou presque plus de gargouillement, de douleur, de ballonnement. Supposons ensuite que ce malade soit abandonné à lui-même, au bout de deux ou trois jours les symptômes précités reviendront à leur état primitif, et on les verra diminuer ou disparaître de nouveau lorsqu'on aura provoqué de nouvelles évacuations. Voilà les faits : que faut-il raisonnablement en conclure? Que la matière des évacuations accumulée dans la région iliaque, c'est-à-dire dans le cul-de-sac iléo-cœcal, est la cause du gargouillement, de la douleur, du gonflement du ventre, puisque ces symptômes disparaissent par suite de l'expulsion de ces matières. Ce qui achève de légitimer cette explication, et ce qui même ne cadre qu'avec elle, c'est le siége de l'altération des follicules; on sait en effet qu'ils sont d'autant plus enflammés ou ulcérés qu'on les examine plus près du cul-de-sac iléo-cœcal; et cette gradation dans leur altération est là comme pour nous montrer que le liquide y a stagné en plus ou moins grande abondance, en raison de la position plus ou moins déclive de l'intestin.

Les symptômes précités ou locaux de la dothinentérite ne sont pas les seuls dont nous ayons à nous rendre compte; restent encore les symptômes généraux ou éloignés, cérébraux, pulmonaires, circulatoires, etc., dont il faut rechercher l'origine. Eh bien! ces derniers se rattachent encore aux liquides intestinaux: car rappelons-nous qu'ils se développent consécutivement à la diarrhée, qui est l'indice de la présence de ces liquides dans l'intestin, et qu'ils disparaissent également par suite des évacuations alvines répétées. Quant au mode d'action de la matière de ces évacuations pour produire les phénomènes éloignés ou généraux, l'analogie nous l'apprendra. En effet, si l'on pense que des symptômes *typhoïdes* sont produits artificiellement chez les animaux en leur introduisant des liquides putrides dans les veines, que des symptômes *typhoïdes* s'observent tous les jours dans l'espèce humaine à la suite de placentas, de polypes putréfiés dans la matrice ou le vagin, de gangrène étendues, etc.; si l'on pense, en sus, que dans tous ces cas-là, ainsi que dans la dothinentérite, le sang est évidemment altéré et d'une liquidité remarquable, on en conclura que les phénomènes généraux de la dothinentérite tiennent à la décomposition du sang par l'absorption des matières putrides de l'intestin.

Mais, dira-t-on, les liquides intestinaux peuvent-ils s'altérer, abstraction faite des lésions de l'intestin? Et pourquoi non? est-ce que le lait de la nourrice ne s'altère pas évidemment à la suite de travaux excessifs, d'affections morales, d'une mauvaise alimentation, etc.? et ne devient-il pas alors un véritable poison pour le jeune nourrison? Pourquoi les fluides biliaire et pancréatique, qui entrent pour beaucoup dans la composition des liquides intestinaux, ne subiraient-ils pas une altération analogue à celle du lait dans les mêmes circonstances? D'ailleurs, *Deidier* n'a-t-il pas, dans le temps, prouvé par des expériences l'action délétère de la bile chez les pestiférés de Marseille? et tout récemment M. *Orfila* n'a-t-il pas constaté les effets corrosifs de la bile d'un individu mort d'une *fièvre bilieuse grave, avec ulcérations de l'intestin* (Chimie, t. II, p. 504 1828)? Mais ajoutera-t-on, l'absorption des liquides intestinaux sera-t-elle possible? et comme disait *Pinel*, *les vaisseaux absorbans ne se refuseront-ils pas à admettre un liquide aussi irritant?* Cette question ne tient pas plus que la précédente devant l'analogie. Pourquoi vouloir en effet que, par une sensibilité exceptionnelle, les vaisseaux absorbans se refusent à admettre les liquides intestinaux, quand l'observation nous apprend qu'ils admettent tous les jours des substances toxiques non moins irritantes?

On est donc amené à considérer la fièvre ou l'entérite typhoïde comme l'effet de liquides altérés dans l'intestin; ils s'amassent peu à peu vers la fin de l'iléon et dans le cœcum; leur altération augmente encore par suite de la fermentation putride que leur séjour et leur abondance y déterminent, et il en résulte à la fin un amas infect de matières qu'un illustre médecin appelle énergiquement des *latrines vivantes*. Ces matières attaquent la paroi intestinale avec laquelle elle sont en contact; elles enflamment surtout les follicules, les corrodent, et finissent souvent par produire des perforations analogues à celles que, d'après *Hunter*, M. *Carswel*, certains sucs acides déterminent dans les parois de l'estomac. En même temps elles sont transportées dans le torrent de la circulation, la masse de sang en est infectée, et il en résulte des désordres plus ou moins graves dans les principaux viscères et dans toute l'économie : de là le délire, la stupeur, les râles typhoïdes, les exanthèmes cutanés, etc. Ainsi, l'action délétère des fluides intestinaux est double : locale, par leur contact sur la paroi intestinale; générale, par leur transport dans les voies circulatoires. Mais ces deux actions ne sont pas toujours en rapport constant, car l'observation nécroscopique nous apprend que souvent l'une ou l'au-

tre prédomine. A quoi cela tient-il? Probablement à quelques différences dans les élémens chimiques des liquides stercoraux, ou à une plus ou moins grande résistance de la paroi de l'intestin.

Cette manière de concevoir la fièvre typhoïde l'assimile trait pour trait aux empoisonnemens, avec la différence pourtant que dans la fièvre le poison est un produit sécrété par l'individu lui-même, et qu'il se renouvelle pendant un certain nombre de jours. Nous allons voir que la même analogie se retrouve dans les effets et indications thérapeutiques. En effet, les évacuans, de même que les contre-poisons, n'agissent pas directement sur les symptômes généraux ; ils s'opposent seulement à leur entretien ou leur exaspération par l'expulsion des matières qui les ont engendrés, et la nature, médicatrice fait le reste. Mais lorsque la nature est impuissante par suite d'une absorption trop considérable, et que l'économie a eu le temps de s'infecter profondément, les évacuans n'ont alors plus d'influence curative ; et leur efficacité échoue dans le traitement de la fièvre typhoïde, comme celle des contre-poisons les plus justement accrédités dans les cas d'empoisonnement où on les administre à une époque trop éloignée de l'ingestion des substances toxiques. Cependant, comme on ne connaît pas toute l'étendue des ressources de l'organisme, et que d'ailleurs il faut chercher autant que possible à prévenir de nouvelles absorptions, on doit toujours débuter dans le traitement d'une fièvre typhoïde, quelque avancée qu'elle soit, par l'usage des évacuans. C'est une indication aussi rationnelle, je dirai même aussi obligatoire que celle d'expulser du tube digestif des champignons vénéneux, bien qu'ils aient été ingérés depuis longtemps, et que les symptômes d'empoisonnement soient portés au dernier degré.

Telle est la théorie qui me paraît rendre le plus convenablement compte de l'effet des évacuans et des lésions de la fièvre typhoïde. Cette théorie est aussi ancienne que la thérapeutique, dont elle découle ; mais la disposition des esprits, entièrement tournés par le solidisme, leur a donné à l'une et à l'autre tout le mérite et l'attrait de la nouveauté, et on doit savoir gré à M. *Delaroque* de la hardiesse avec laquelle il les a ressuscitées. On a vu que le traitement de la fièvre par les évacuans n'est pas, comme on aurait pu le croire d'abord, opposé aux résultats des recherches anatomo-pathologiques modernes; seulement il fixe leur juste valeur, et nous fait considérer comme effets des lésions qu'on regardait mal à propos comme causes ; on peut même dire que l'indication des évacuans eût été tirée immédiatement de la connaissance des altérations intestinales, si on n'eût pas été détourné par les sarcasmes de *Pinel* d'accorder plus d'importance aux liquides de l'intestin. Remarquons ensuite que ce traitement concourt au même but que l'anatomie patholgique, celui de la réduction et de la localisation des fièvres. Ainsi l'anatomie pathologique nous a appris que dans les cinq pyrexies de *Pinel* la lésion était *une* ; la thérapeutique vient de nous apprendre également que l'indication curative est *une*. On est donc arrivé au même résultat par deux démonstrations différentes ; accord heureux qui se présente quelquefois dans les sciences, et qui prouve d'autant mieux la vérité du résultat, en même temps que la légitimité des moyens à l'aide desquels on y est arrivé.

P. S. Cette manière de voir offre plusieurs traits de ressemblance avec celle qu'ont émise depuis longtemps MM. *Bretonneau* et *Velpeau ;* mais elle en diffère aussi sous d'importans rapports. Il me suffira au surplus, pour en faire ressortir les analogies et les dissemblances, de reproduire, en terminant, quelques-unes des propositions d'une thèse où les opinions de M. *Velpeau* surtout paraissent avoir été fidèlement exposées. D'après ces praticiens et M. *Delange*, auteurs de la thèse « la dotinenthérie serait déterminée par l'action d'un principe délétère introduit dans l'économie..... Il y aurait d'abord un mouvement pathologique général indépendant de la lésion glandulaire... ; l'éruption qui se fait presque immédiatement entretient ou exaspère l'état fébrile... Les symptômes d'adynamie franche ou de putridité ne paraissent presque jamais qu'à l'époque ou des ulcères sont déjà formés, et cet état semble dépendre du transport des matériaux décomposés dans la circulation générale.... ; par conséquent, cette maladie serait d'abord générale, puis locale; ensuite locale et générale tout à la fois.... Les *émétiques* ou les *purgatifs*, à l'exception de quelques sels neutres, ont *constamment paru* exaspérer les accidens..... Mais, après le douzième ou le quatorzième jour....., quand les signes de l'adynamie sont très-prononcés, une solution aqueuse de sel d'Epsom produit souvent des résultats très-favorables. » (*Delange*, thèse de 97 p., Paris, 1826, n. 97.) Ainsi, pour MM. *Bretonneau* et *Velpeau*, l'altération des fluides est d'abord générale, puis locale, puis générale et locale tout ensemble; tandis que pour M. *Delaroque*, elle est toute locale dans le principe, et ne devient générale que secondairement. Pour MM. *Bretonneau* et *Velpeau*, les purgatifs ne conviendraient qu'à partir de la formation des ulcères intestinaux ; pour M. *Delaroque*, ils conviennent dès le début de la maladie comme dans les autres périodes. MM. *Bretonneau* et *Velpeau* admettent, d'après l'opinion qu'ils se sont faite de la nature de la dothinenitérie, l'utilité des émissions sanguines avant l'ulcération des plaques et dans certaines conditions ; M. *Delaroque* n'en veut, au contraire, dans aucun cas et dans aucune période de la fièvre, etc.

J.-H.-S. Beau, D.M.P.

Rupture de la saphène, observée par le docteur Wise, dans l'Inde anglaise.

Un Indien reçut sur le jarret le coup de pied d'un jeune cheval qui ruait. Il en résulta une plaie profonde et irrégulière qui donna beaucoup de sang ; le médecin vint deux heures après l'accident et trouva la sephène rompue auprès de son point d'union avec la poplitée ;

les deux bouts étaient écartés l'un de l'autre et décollés dans une certaine longueur ; le sang s'en écoulait goutte à goutte. Il pratiqua la ligature sur chacun d'eux et pansa la plaie à l'aide de moyens agglutinatifs. Quarante-deux heures après, il dérangea l'appareil, et retira les ligatures. Une grande partie du vaisseau avait contracté de nouvelles adhérences avec les parties voisines ; l'hémorrhagie n'était plus à craindre, et il fallait écarter les dangers de la phlébite. Il retrancha avec des ciseaux tout ce qui se trouva au delà de la ligature, et trouva le calibre du vaisseau oblitéré par un caillot rouge et solide qui était réuni à la tunique interne par une adhésion inflammatoire. Il observa la même particularité dans le bout retranché, du côté de la ligature. Les parois du vaisseau semblaient là plus dures et plus épaisses qu'à l'état normal, tandis que l'autre extrémité n'offrait rien d'extraordinaire. La vascularité des parties voisines de la ligature était visiblement augmentée, et indiquait un travail inflammatoire.

Dans ce cas, la ligature n'a été placée que dans le but de produire une inflammation adhésive entre la veine et le caillot, ce qui n'exige que trente-six heures. Il faut alors se hâter de la retirer et de retrancher le bout de la veine excédant, pour éviter que la phlébite locale ne s'opère et ne se propage le long du vaisseau.

REVUE MÉDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

NOVEMBRE 1836.

Clinique de l'hôpital de Cayenne; par M. le docteur Segond, chef du service de santé à la Guiane française. (Mémoire lu à la Société de médecine du département de la Seine).

Ce mémoire se compose de faits inédits, empruntés aux trois derniers comptes rendus de mon hôpital, et propres à faire connaître les maladies qui règnent à la Guiane.

Parmi les affections catarrhales, je citerai l'ophthalmie comme ayant *toujours cédé*, en quatre ou six jours, aux collyres de sublimé et d'eau distillée. En usant de ce moyen, on ne peut plus héroïque, je me suis dispensé de la saignée du bras ; il est rare que j'aie eu recours aux sangsues. J'ai presque toujours pu me passer des vésicatoires ; les purgatifs employés ont été moins forts et moins nombreux qu'alors qu'ils avaient à soutenir l'effet d'une médecine essentiellement débilitante. Les résultats, réellement prodigieux, obtenus par cette formule, ont porté un de nos confrères à lui appliquer la dénomination pompeuse de *sublime collyre* (1) ; le bienfait de cette préparation mercurielle est d'autant plus remarquable, qu'à la Guiane, pays très-*humide* et très-*éclairé*, l'ophthalmie est une affection grave, opiniâtre, et sensiblement dominante.

En rapprochant les succès obtenus dans le traitement du panaris, par les frictions mercurielles *incessamment réitérées*, de ceux que procure le deuto-chlorure dans l'ophthalmie, on est conduit à considérer ces préparations comme essentiellement anti-phlogistiques. Qu'on le remarque : modifier la constitution du sang et la vitalité des organes, augmenter leur puissance d'absorption, est, dans les maladies sthéniques, une indication toute aussi rationnelle que celle d'une déplétion directe ; en un mot, de moyens qui affaiblissent parfois plus l'organe que la maladie dont on veut le dégager.

Une température de 23 à 26 degrés, une atmosphère dont l'humidité se balance entre 85 et 100 degrés, ne représentent pas un milieu étranger aux maladies de poitrine (2), bien que les viscères abdominaux en soient de préférence affectés. C'est ainsi qu'un personnel de six à sept cents hommes a fourni, dans l'espace de 17 mois, cent cinquante-cinq affections pectorales. A cet égard, remarquons :

Que si la bronchite, par exemple, se développe moins facilement dans les régions équinoxiales, la solution n'en est pas sensiblement plus heureuse que dans les pays tempérés ; que, parvenue à l'état chronique, l'économie manque parfois de la réaction voulue pour dégager la muqueuse bronchique, et qu'un des moyens les plus puissans de guérison consiste souvent dans la migration vers une zone plus froide et moins énervante : de là découle, pour ainsi dire, comme axiome, que si le catarrhe d'Europe trouve sa fin dans les régions intertropicales, celui qui a pris naissance en ces contrées peut voir son cours interrompu quand il entre en contact avec les modificateurs généraux, qui caractérisent de plus froides latitudes.

Mon expérience est ici tout à fait d'accord avec celle de l'honorable M. Levacher.

Cette observation, si souvent confirmée, que la débilité de l'organisme apportait un véritable obstacle à la solution de bien des bronchites ou pneumonies, je n'ai pas dû me vouer exclusivement à l'emploi des moyens dits rationnels, et le tartre stibié m'a rendu d'immenses services, soit pendant l'acuité, soit dans la période de long cours.

Quant à la pneumonie, je me suis toujours bien trouvé de joindre l'émétique à la saignée, celle-ci devant se pratiquer avec toute la réserve que commande la connaissance acquise du peu de résistance de l'organisme, et de la constitution moins riche et moins plastique du sang. Les cas qui font exception à cette règle concernent des individus récemment arrivés et empreints du cachet de la pléthore sanguine; alors, la formule des saignées coup sur coup m'a réussi, et l'émétique a été employé à doses moins élevées.

En résumé, vingt-deux pneumonies, pleurites ou pleuro-pneumonies n'ont fourni qu'un seul décès, encore concerne-t-il un homme entré à l'hôpital le douzième jour de la maladie, il venait du poste éloigné de L'Oyapock ; chez cet individu l'inflammation du poumon se termina par la formation d'un abcès énorme qu'on trouva épanché dans la plèvre.

Faire l'éloge de la formule de la Charité (dans les cas indiqués) et de la méthode rasorienne, c'est ne rien apprendre aux praticiens : mais ils me sauront peut-être gré de leur signaler des succès qui leur sont moins fa-

(1) Ce collyre est devenu d'un usage banal et populaire à Cayenne.

(2) L'air chaud et humide est celui qui contient le moins d'élémens propres à la respiration, il exerce sur l'économie une action essentiellement débilitante. (Forget, *Médecine Navale*, tome 1er, page 168).

miliers, et auxquels ils n'accorderont pas facilement une foi entière.

Je puis dire, avec vérité, que beaucoup de catarrhes chroniques ont cédé à l'emploi soutenu et réitéré de l'émétique. Il est des malades qui présentaient le dernier degré du marasme, des crachats purulens, ou du moins d'apparence telle, des sueurs nocturnes, des râles variés, des douleurs thoraciques et enfin la fièvre hectique, qui ont guéri par cette méthode, que je ne détaille pas parce qu'elle est connue, et qui, comme on le sait, appartient au docteur Giovanni de Vitis, médecin en chef des hôpitaux militaires à Capoue.

Parmi les personnes qui ont profité de l'heureuse application que j'ai faite de ce traitement, figurent : mesdames S*** et Att. B***, ainsi que la sœur A***, de l'ordre de Saint-Joseph. La guérison a été si radicale chez madame S., la plus malade des trois, qu'elle a pu concevoir *impunément* et mettre au monde un enfant à terme ; elle jouit aujourd'hui d'un très-gràcieux embonpoint, après avoir offert un marasme affligeant.

On conçoit, qu'avant de porter en ville une méthode aussi *insolite*, j'ai dû l'essayer dans mon hôpital, et que des succès nombreux ont pu seuls m'enhardir à ce point.

Ici, à Paris, j'ai donné récemment un exemple des avantages de cette bizarre pratique. Une jeune personne en proie depuis cinq mois à un catarrhe pulmonaire, suite d'une grave rougeole, et qu'on croyait sous le poids de la phthisie aiguë ou galopante des Anglais, a été débarrassée de son état réel et *préventif*, après quatre émétiques pris à deux jours d'intervalle, *pour éviter la tolérance*, disposition toute négative en pareil cas. Ce succès est connu des très-honorables confrères Cayol, La Corbière (1) et Ferrand de Missol, médecins traitans ou consultans.

A ce propos, je dirai que l'idée m'est venue que c'est peut-être à tort qu'on *accepte* ces affections catarrhales tenaces qui succèdent aux fièvres éruptives en général. Selon moi, quand on a accordé deux ou trois septénaires à ces bronchites plus ou moins intenses, qui persistent après la disparition des autres phénomènes morbides, c'est tout autant qu'on peut le faire en faveur de la médecine sémi-expectante; c'est ainsi que j'appelle les adoucissans, les vésicatoires et la flanelle. Cette période, en quelque sorte morale, étant écoulée, il faut, si les organes digestifs le comportent, fouetter ceux de la respiration avec le tartre émétique : médication qui, en procurant de puissantes diaphorèses et en débarrassant le poumon, par la tendance de réaction *mécanique* qu'elle lui imprime, ne me paraît pas non plus insignifiante, relativement à cette disposition que présentent ici les séreuses et le tissu aréolaire des membres à se laisser surcharger de fluides. Forcé de me restreindre, je ne donnerai pas plus d'étendue à cette dernière vue, que je crois digne de fixer l'attention des praticiens.

Encore une pensée théorique : les nègres et les personnes dont l'économie a beaucoup périclité sous l'influence des climats équatoriaux, ne devraient-ils pas les affections graves de la poitrine, qu'ils contractent si facilement en Europe, autant à la nouvelle constitution du sang qu'à la vulnérabilité de leur enveloppe cutanée? En d'autres termes, un sang trop riche, trop épais, ne représente-t-il pas, pour l'organe pulmonaire une digestion surabondante, une hématose dont la force et la plénitude tendent à dépasser le peu d'énergie organique du poumon? S'il en est ainsi, on conçoit que les causes occasionnelles peuvent, jusqu'à un certain point, le céder à la vitalité insolite du poumon, ou que cette dernière disposition augmente de beaucoup la causalité et l'effet immédiat des circonstances efficientes (1).

N'abandonnons pas les organes pectoraux sans mentionner ici que l'hémoptysie est, à la Guiane, un accident des plus communs, qu'on compte peu de personnes qui, ayant habité longtemps ce pays, n'aient été prises d'hémorrhagie pulmonaire. Ce phénomène purement idiopathique, en tant que se rattachant au climat, n'est de nulle conséquence pour les personnes fortes et bien organisées du thorax ; je ne le crois pas sans inconvénient relativement aux poitrines délicates, et, pour mon compte, j'ai eu beaucoup à souffrir, et je souffre encore, des suites de deux accès d'hémoptysie que j'ai subis à Cayenne ; et cependant trois ans se sont écoulés depuis le dernier accident.

J'attribue le phénomène remarquable que je viens de signaler : d'une part, au peu de tonicité et de résistance de la trame pulmonaire, sous une influence si débilitante; de l'autre, à la raréfaction, au peu d'organisation couenneuse du sang, et aussi à la vélocité de ce fluide, à l'impulsion plus puissante qu'il reçoit d'une température élevée, et qui ne débilite pour ainsi dire, que *par excès d'excitation*. En effet, la première impression du climat est celle d'une vitalité plus élevée, d'une excitation plus grande, et l'épuisement qu'on observe ensuite n'est qu'un état négatif résultant d'une dépense plus considérable et plus active des matériaux de l'existence ; de là, la moindre longévité dans les pays chauds, à part l'intensité plus grande de leurs causes accidentelles de destruction.

Relativement aux affections idiopathiques de la tête, il ressort d'une observation attentive qu'elles sont beaucoup plus rares qu'on ne serait naturellement porté à le penser ; et cela, qu'il soit question de la simple céphalalgie, de la congestion cérébrale ou de l'inflammation des méninges et du cerveau.

---

(1) M. le docteur La Corbière représentait ici l'école physiologique, aussi n'adhéra-t-il pas à notre prescription : ce qui ne l'empêche pas aujourd'hui de lui attribuer *exclusivement* la guérison de notre jeune fille.

(1) L'abaissement de la température a pour effet d'accélérer les mouvemens de la respiration, afin d'opposer l'action vivifiante de l'air, élément de chaleur, à l'effet stupéfiant du froid. Les effets physiologiques du froid sont encore d'occasionner une pléthore réelle en perfectionnant l'hématose. (Forget, *Médecine Navale*, tome 1er, page 167.)



Je ne conteste pas que l'exposition *trop prolongée* au soleil, surtout si l'on y reste presque sans se mouvoir, ne puisse devenir nuisible, et alors l'effet est *prompt;* mais je n'admets pas qu'une haute température, abstraction faite de l'insolation directe, détermine si inévitablement chez les Européens récemment arrivés dans les colonies, soit des affections cérébrales graves, soit la fièvre jaune. Si le ciel ardent de ces contrés est à redouter pour les inacclimatés, c'est donc moins par son action sur l'encéphale qu'à l'aide de causes qui agissent sur l'économie par des voies plus directes, et aboutissent à des organes plus vulnérables : les organes digestifs, par exemple.

Qu'on me permette de saisir cette occasion pour détruire ou du moins pour combattre quelques-uns des préjugés relatifs à l'insalubrité des régions intertropicales.

Rapporter à l'influence solaire la production des fièvres intermittentes me semble une erreur palpable; on sait que cette opinion a été émise, comme il en a été avancé de plus bizarres encore. Jamais une telle cause qui, par elle-même, peut allumer la fièvre synoque ou un état pyrétique éphémère, ne saurait représenter, par exemple, l'endémie d'une contrée. Il faut autre chose que du calorique rayonnant, agissant d'une manière intermittente, pour provoquer le plus obscur des phénomènes pathogéniques. Si l'astre qui nous éclaire agissait essentiellement par lui-même, l'influence pyrétique d'une contrée serait en raison directe de sa température, et les lieux secs, comme les lieux marécageux, seraient également redoutables.

Il faut donc restreindre la cause, comme la sphère des fièvres d'accès à certaines localités d'une nature à peu près déterminée, et savoir que la chaleur ne provoque pas de sa seule et intrinsèque influence, les fièvres intermittentes; seulement elle augmente l'énergie des causes susceptibles de les produire, elle les met en jeu, en opérant le desséchement des flasques et des marais.

J'ai dit autre part, et je m'étais attaché assez longuement à le prouver, que la fièvre jaune était, pour ainsi dire, *impossible* à la Guiane: si l'on veut démontrer qu'elle y a régné, il faut admettre que c'est par importation, c'est du moins l'opinion qui est restée dans le souvenir des habitans. La calamité de 1763, relative à l'encombrement et à la misère, nous représente un typhus meurtrier, mais non la fièvre jaune. L'épidémie de 1802 passe pour être cette dernière maladie, mais à côté de cette opinion figure celle que le mal fut importé par un navire venant des Antilles. Du reste, pas de relation écrite sur cet événement on ne peut plus désastreux, et qui fut commun aux *indigènes* et aux Européens.

En deux mots, il n'y a pas de fièvre jaune, là où ne règne *jamais* le vent de *sud-ouest,* circonstance heureuse qui embrasse toutes les contrées situées en deçà du 10° degré de latitude. Qu'on y fasse attention, il n'est pas une histoire de fièvre jaune, entre les tropiques, où il ne soit fait mention du vent de *sud-ouest* (1); tous les auteurs relatent cette circonstance, pas un ne la néglige; mais pas un, non plus, ne lui accorde toute l'importance qu'elle me paraît mériter.

Je rends hommage à la valeur bien réelle des vues émises, par M. le docteur Levacher sur le climat des Antilles; mais il s'est mépris en voulant faire l'application de ses judicieuses remarques aux colonies en général. Non, je ne considérerai jamais comme identiques, ni même comme comparables, les climats des îles du Vent et de la Guiane. Dans la première de ces régions intertropicales, tous les phénomènes météorologiques ont, pour ainsi dire, un caractère abrupte et violent, qu'ils sont loin de présenter au même degré sur notre côte équatoriale. Ici, la succession des changemens atmosphériques offre une régularité rarement et faiblement interrompue, on pourrait même dire une fatalité qui frappe les moins observateurs, et qui désole l'homme qui se consacre à leur étude. Aux Antilles, au contraire, toutes les crises de la nature se dessinent avec fougue et impétuosité; c'est tout à coup que les phénomènes les plus imposans de la météorologie surgissent et viennent ravager la terre ou bouleverser les ondes. Dans notre Guiane, nous avons, il est vrai, une représentation parfois prolongée du déluge; mais pas de tempêtes désastreuses; si le ciel tend à se charger d'électricité, l'immense végétation qui nous environne, l'océan de verdure dans lequel nous sommes plongés, en a bientôt neutralisé la plus grande partie. Pour nous, pas de tremblemens de terre, pas d'effets volcaniques; si notre sol, de nouvelle formation, est sujet à quelques vicissitudes, l'accident, produit par un raz-de-marée, se borne au départ d'un saillant vaseux dont la mer n'avait opéré que le dépôt transitoire.

Quelle similitude peut-il alors exister entre les maladies des Antilles et celles de la Guiane? un simple rapprochement, et c'est tout (1). Il me serait donc facile de tracer ici une sensible démarcation entre des caractères morbides trop souvent confondus par les hommes qui n'ont pas voyagé, et qui, *dans leur cabinet,* mettent avec tant de complaisance l'analogie et l'induction à la place de l'expérience personnelle, de l'étude, parfois périlleuse, d'une nature lointaine et exceptionnelle.

De ce qui précède, je ne tirerai pour le moment qu'une conséquence, c'est que l'acclimatement ne saurait éprouver d'une manière identique, et le sujet qui débarque aux Antilles et celui qui arrive à Cayenne. Le

(1) Il a régné au Sénégal, dans la dernière épidémie de fièvre jaune, si bien décrite par M. le docteur Chevé.

(1) La différence, on le conçoit, existera plutôt entre les lésions essentiellement *dynamiques,* qu'entre les maladies à lésions matérielles et anatomiques. Ainsi, les fièvres, par exemple, pourront avoir, à la Guiane, des caractères tout différens de ceux qu'elles présentent aux Antilles; mais la dysenterie, qui en dehors de ses complications est une maladie vraiment organique, en ce sens qu'elle est toujours reconnaissable par les traces qu'elle laisse sur les tissus où elle siège, ne saurait représenter que de faibles différences, *intrinsèques,* relatives aux localités. La pneumonie sera identique à Paris et à Cayenne.

premier peut, à l'instant même où il descend, se voir aux prises avec les commotions climatériques les plus intenses et les plus redoutables pour sa santé; le second, au contraire, venant se soumettre à une série de mutations moins violentes, ne se trouve influencé *qu'à la longue*, et court peu la chance d'être *démoli* en débarquant, comme le disent les marins dans leur énergique langage. Le climat de Cayenne *use* donc plutôt qu'il ne *pulvérise;* il ne saisit pas l'arrivant à la gorge; mais en braver *trop longtemps* l'influence *constante* et *uniforme*, c'est ignorer qu'une force qui agit sans cesse peut, quoique faible, finir par conduire à un grand résultat (1).

Rentrant plus spécialement en matière, je signalerai, en preuve de la modification que les forces gastriques subissent à la Guiane, ces indigestions si fréquentes parmi les soldats et les marins, accident qui ne reconnaît, pour ainsi dire, d'autre cause occasionnelle que les repas de haricots. Chaque fois qu'ils ont lieu à la caserne ou à bord des navires de l'état, on nous apporte les individus par escouades à l'hôpital; aussi m'est-il souvent arrivé de trouver occupés, à ma visite du matin, une foule de lits, que la veille j'avais laissés vides à celle du soir. Cette remarque confirmée, la philanthropie et une bonne administration devraient se réunir pour parer à un inconvénient qui engendre souvent de graves affections, et qui a toujours pour résultat d'enlever momentanément, au service et à leurs drapeaux, un grand nombre de militaires.

Des gastrites et des gastralgies assez fréquentes fixent aussi l'attention.

Les fièvres continues sont en général assez rares à la Guiane; la fièvre typhoïde, qu'on appelle aussi entérite-folliculeuse ou dothinentérite, est encore plus étrangère au pays.

Selon des principes que j'ai déjà émis dans le Journal hebdomadaire, j'attaque ces maladies par des moyens rubéfians, et cela au *début* et sans attendre la prostration; puis j'en viens à de légers sudorifiques et à la quinine en lavemens et sur le derme, tous agens qu'ont précédés les déplétifs directs, maniés avec plus de réserve et de parcimonie qu'on ne le fait généralement en France.

Nous ne devons pas à Cayenne, comme dans notre pays, nous attacher à faire succomber les inflammations *sur place;* toute phlegmasie qui peut être révulsée doit aller mourir loin de l'organe qu'elle a d'abord envahi. Je ne sais si quelques médecins font bien de s'entêter si fort à la *formule* contraire; cela me semble beaucoup exiger d'un même point de l'économie, cela me paraît contraire aux lois résolutives de l'inflammation en général.

La colique végétale, que je considère comme *la névralgie du grand sympathique*, est une maladie fréquente à la Guiane. La gravité qu'elle revêt dans certaines contrées fait bien vivement regretter qu'elle n'ait pas été étudiée par un plus grand nombre d'habiles observateurs. Cette maladie mérite dans les nosographies, non pas *une* ou *deux* pages, mais une place importante, et comme fait pathologique des plus curieux, et comme un de ces fléaux, qui, pour n'être pas à notre porte, n'en appellent pas moins la sollicitude et les lumières des amis de l'humanité. J'ai fait en cela tous mes efforts pour accomplir ma tâche dans les localités où le service m'a appelé, et il ne tardera pas à paraître, sur cette dernière maladie, une monographie enfantée par les faits et déduite d'un grand nombre d'observations particulières.

Que dirai-je sur la dysenterie de Cayenne, après tous les articles que j'ai déjà publiés sur cette maladie? Mes vues ont été consignées dans un dernier mémoire dont j'ai déposé deux exemplaires aux archives de la Société (1).

Monsieur le secrétaire général m'ayant communiqué qu'on attacherait quelque importance à des observations d'hépatite dont il a pris connaissance, nous allons nous arrêter un peu sur cette branche si importante de la pathologie des pays chauds.

Mais avant, livrons-nous à quelques considérations générales.

Il est comme passé en principe que l'hépatite idiopathique est des plus rares, alors qu'elle ne reconnaît pas pour cause une action mécanique. Accordons ce corollaire aux auteurs qui l'ont formulé, s'ils entendent parler de l'hépatite européenne ou extra-tropicale: mais avançons, avec non moins de certitude et de conviction, que, sous la zone torride, la phlegmasie du foie est peut-être plus fréquente que celle du parenchyme pulmonaire dans les pays tempérés.

---

(1) Dans une série d'événemens, indéfiniment prolongé, l'action des causes régulières et constantes doit l'emporter à la longue, sur celle des causes irrégulières. (Laplace, *Essai philosophique sur les probabilités.*)

Il est remarquable à Cayenne, que ce sont les anciens qui subissent l'influence la plus réelle et la plus fâcheuse du climat; rarement un arrivant, à moins qu'il n'aille tout exprès braver les causes réunies de certaines localités, tombe malade. Jamais on ne s'acclimate contre la fièvre à la Guiane, et plus on y séjourne, plus on voit augmenter les causes imminentes de l'hépatite. En 1835, sont morts d'abcès au foie : MM. Fontanneau, Pichen, Offray, Cébron, Fourcade et le soldat le Bozec. De ces malades, il en est quatre que je n'ai pas traités; ce nombre de victimes, à part le soldat le Bozec, a été fourni par une population d'Européens qui ne dépasse pas cent cinquante! Ici je ne comprends que les hommes.

(1) Je ferai connaître cependant ici que j'ai reçu, depuis que ce mémoire a été lu à la Société de médecine, la correspondance de mon chef de clinique, par laquelle il me confirme qu'il est encore à perdre un dysentérique depuis mon départ. Voilà donc deux ans accomplis sans que la maladie, la plus grave et la plus permanente à la Guiane, ait amené un décès! Qu'on vocifère, au Val-de-Grâce, sur la formule qui nous vaut de pareils résultats, peu nous importe, la satisfaction *d'humanité* que nous procure notre innovation n'en sera nullement affaiblie.

Remarquons aussi que l'hépatite est plus grave que la pneumonie, à cause de la difficulté de son diagnostic ; qu'elle est de cause plus imminente que cette dernière, qui veut une circonstance efficiente, tandis que l'autre résulte d'une influence permanente et fatale. S'il y a de fausses pneumonies, il y a un bien plus grand nombre de fausses hépatites, et si les symptômes des premières sont quelquefois obscurs et comme enchaînés, toujours est-il que le sujet souffre et se trouve abattu ; tandis que les signes qui appartiennent aux secondes nous représentent ce qu'il y a de plus latent et de plus insidieux en pathologie. La pneumonie se développe dans un temps donné, l'hépatite, au contraire, vous surprend par le caractère abrupte et rapide de sa marche, ou vous laisse dans l'incurie par le cours long et irrégulier de son développement. Mais ce n'est point un parallèle entre ces deux maladies que nous avons entrepris d'établir ici ; bornons-nous donc à rappeler, que non-seulement il faut croire à la fréquence de l'hépatite primitive et spontanée dans les pays chauds, mais qu'il faut tout faire pour en perfectionner le diagnostic ; que cette maladie, comme la péricardite, demande souvent à être *devinée*.

Ainsi, quand un individu présente une affection abdominale mal définie, mais qu'il est d'un tempérament bilieux, exaspéré par un long séjour dans le pays, surtout s'il a déjà eu la jaunisse ou une dysenterie *bilieuse*, il faut se tenir en garde contre l'hépatite, alors même que la nuance de la peau est intacte, que le pouls ne parle pas, que, dans les selles et les urines, il ne se retrouve point d'indice d'un travail pathologique vers le foie.

Cette terrible hépatite à marche *souterraine*, si l'on peut ainsi dire, revêt parfois l'apparence de la pneumonie chez les sujets dont la poitrine est irritable, ou déjà envahie par son progrès, quand ils se soumettent à l'observation médicale. Le rhumatisme encore semble se rencontrer, quand on n'a affaire qu'à la phlegmasie du foie ; la douleur de l'épaule, celle du côté droit, un pouls plein, une transpiration abondante et visqueuse, sans jaunisse, ni douleur profonde de l'hypochondre, nous représentent un ensemble séméiologique propre à abuser, non-seulement l'observateur *nouveau* et superficiel, mais l'homme consommé ; cette méprise aura lieu non-seulement dans des lieux comme étrangers à l'hépatite, mais sur la terre classique de cette traîtresse affection. Certes, j'étais bien instruit et même bien prévenu du caractère perfide des hépatites, j'étais bien attentif à les dévoiler, et cependant, il m'est arrivé de croire à une pneumonie ou à une dysenterie bilieuse, quand le pus s'accumulait dans le foie ! Cette erreur, je l'ai commise deux fois ; la première, elle fut double, car je crus d'abord me trouver en face d'un rhumatisme !

Quand une fièvre intermittente, à complication gastro-duodénique, vient se combiner avec l'hépatite, celle-ci est-elle généralement aperçue ? Pour exercer un diagnostic plus précis dans la majorité des cas où une autre affection abdominale vient obscurcir celle du foie, il faut être instruit de la participation active que prend cet organe à une foule de maladies où il ne semble pas intéressé. Cependant, est-il étranger à la fièvre bilieuse proprement dite ? n'est-ce pas la complication de cette dernière qui donne aux hépatites sur-aiguës l'apparence de la fièvre jaune à Cayenne, où, comme je m'efforce de le dire, on ne saurait la rencontrer ?

Certes, ce serait à tort qu'on recourrait, d'une manière exclusive, à l'anatomie pathologique, pour déterminer la fréquence des irritations du foie, puisqu'une inflammation légère ne donne pas la mort, et que cette issue funeste peut être le résultat d'une lésion presqu'entièrement fonctionnelle. A mon avis, ce n'est pas avec raison que, dans ces derniers temps, un ingénieux auteur s'est attaché à vouloir nous démontrer le peu d'importance fonctionnelle du foie, le peu d'influence que doit exercer le fluide biliaire sur l'acte digestif et ses dépendances (1).

Ignore-t-on qu'il est des dispositions de l'économie qui changent l'importance de tel ou tel organe, de telle ou telle fonction ? Ainsi, dans les contrées marécageuses, le relâchement et l'engouement (ce qui n'exclut pas la tendance phlegmasique) des viscères abdominaux, la langueur des fonctions auxquelles ils président, modifient ces derniers d'une manière qui doit fixer l'attention du médecin physiologiste.

S'il en est ainsi, il faut reconnaître que, sous une telle influence, le moindre embarras survenu dans les fonctions du foie, par exemple, et par suite, dans la circulation veineuse abdominale, peut entraîner les plus graves résultats, sans que l'autopsie retrace aux yeux de l'anatomiste une lésion qui explique entièrement l'extinction de la vie.

Il est vraiment remarquable que, dans la localisation si diffuse et si multipliée des fièvres insidieuses, on ait, pour ainsi dire, oublié l'organe sécréteur de la bile. On reconnaît des fièvres pernicieuses cystiques, néphrétiques, catarrhales, aphoniques, sudorales ou diaphorétiques, et on n'en cite pas d'hépatiques.

Un organe aussi influent que le foie sur la circulation en général et sur celle de l'abdomen en particulier, un organe qu'on voit si souvent s'engorger et offrir des obstructions après les fièvres intermittentes, a pu être négligé à ce point par les pathologistes ! Cependant, il me paraît être le viscère essentiellement menacé dans la fièvre pernicieuse *ictérique*, beaucoup moins rare, dans les pays chauds, qu'on ne le croit généralement. Son intégrité me semble encore lésée dans la fièvre pernicieuse dysentérique, caractérisée par des selles dans les-

(1) Sans supprimer ce paragraphe, j'annonce que j'en modifierai sensiblement l'esprit, relativement à ce qui concerne l'auteur instruit et spirituel qui vient de nous donner une théorie nouvelle sur les fonctions du foie ; j'en ai parlé ici d'après une simple analyse. Depuis lors, j'ai lu l'intéressante monographie de M. Voisin, et j'y ferai des emprunts en élaborant la théorie que je professe, quant à la colique végétale, œuvre qui ne tardera pas à être mise sous presse.

quelles domine sensiblement le fluide hépatique.

En pareil cas de fièvre *pernicieuse*, il n'est pas besoin d'admettre l'inflammation primitive ou secondaire de l'organe sécréteur de la bile, un tel état ne se ralliant nullement aux phlegmasies, mais bien à ces *déviations* rapides et instantanées de fluides *nerveux* et *sanguins*. Quand on cessera de confondre certaines fièvres ataxiques *nonpernicieuses* avec celles qui le sont réellement, on distinguera qu'il y a entre ces deux affections toute la distance qui existe entre une *inflammation* proprement dite et une simple *congestion*. Comment tous le dehors de la santé seraient-ils offerts entre deux accès pernicieux, si, ce phénomène pathologique accompli, les organes ne revenaient à l'état normal? D'un autre côté, la mort pourrait-elle s'expliquer dans les cas où le cadavre est muet, si l'on n'admettait une lésion purement fonctionnelle que tout porte à considérer, dans ses effets, comme une *congestion opprimante!* Pour moi, je ne doute nullement que les choses ne se passent de la sorte, et toutes les fois que la fièvre n'était pas *insidieuse* proprement dite, j'ai presque toujours retrouvé l'organe lésé, et celui-ci offrait les caractères phlegmasiques.

Ainsi, si l'on admet que la constitution médicale et endémique, que le tempérament du sujet, surtout son idiosyncrasie, que la débilité ou la suractivité relative des systèmes organiques, déterminent l'action de la fièvre, ou mieux la congestion vers telle ou telle partie du corps, il faut reconnaître, d'après tout ce qui précède, que dans les pays chauds et palustres, le foie doit être fréquemment le siége de phénomènes pyrétiques les plus graves et les plus funestes.

Mais ne nous étendons pas davantage sur les altérations du foie, en ce qu'elles ont d'étranger au cas particulier qui doit en ce moment fixer notre attention.

L'individu dont il s'agit, appartenant à la race éthiopienne, pouvait avoir provoqué sa maladie par l'usage de ces purgatifs drastiques dont font si généralement abus les vieux nègres libres. Il fut reçu dans mes salles, six jours environ après l'invasion d'une forte douleur à l'hypocondre droit, d'une fièvre de quelque intensité et accompagnée de fréquens vomissemens. Il se présenta dans l'état suivant : expression de la physionomie triste et mélancolique, yeux d'un jaune-verdâtre, sur lequel se détache une forte injection sanguine ; langue épaisse, jaunâtre ; papilles d'autant plus saillantes, que cet organe, sans être brûlé ni fuligineux, est parfaitement aride ; chaleur et sécheresse de la peau, force, plénitude, lenteur et intermittence du pouls, sentiment de pesanteur dans tout l'hypocondre droit; sensibilité vive au niveau des fausses côtes, au-dessous desquelles proémine une tumeur sphérique du volume d'un œuf de dinde; urines épaisses et safranées; matières fécales rares, sèches et blanchâtres. — Prescription : diète, eau de tapioka nitrée, saignée de seize onces, cinquante sangsues sur la tumeur, calomel six grains à prendre dans la journée, frictions mercurielles sur l'abdomen, cataplasme émollient, lavement de même nature.

Deuxième jour, neuvième d'invasion, douleur calmée, langue moins aride, plus de nausées, une selle grisâtre et d'aspect agileux, un peu moins de rénitence dans la tumeur, pouls plus rapproché du normal : — diète, saignée ℥ ij, quarante sangsues, calomel gvj, lavement laxatif, même prescrition du reste.

Troisième jour, douleur nulle ; tumeur diminuée, bouche humide, sentiment d'appétit, deux selles, le pouls s'améliore, saignée ℥viij, trente sangsues, un grand bain, calomel gij, matin et soir.

Quatrième jour, sérénité, affaissement considérable de la tumeur, ventre libre, disparition de cette diathèse bilieuse, dont le malade offrait l'aspect le mieux caractérisé. — Potage maigre, fruits acidules, eau de carottes, bain, lavemens devenus purgatifs.

En continuant cette prescription d'une manière décroissante, et en maintenant le sujet au maigre, j'ai vu disparaître, en moins d'un mois, une maladie d'une certaine intensité, et assez grave, par la tumeur de l'hypocondre droit.

Un résultat aussi satisfaisant, réalisé d'une manière aussi régulièrement progressive, doit engager les praticiens français à reconnaître le bon effet des mercuriaux et des purgatifs gradués, administrés en lavemens. Certes les émissions sanguines, les délayans, le régime et les bains ne sauraient être mis en oubli ; mais il faut ; encore cette fois, prendre note de l'effet réellement avantageux du calomel dans le traitement de cette maladie.

Voici un cas d'hépatite sur-aiguë, à exacerbations d'abord subintrantes, puis à type irrégulier et simulant la fièvre jaune, qui met en plus grande évidence encore *l'héroïsme* du calomel.

Le sujet, tombé malade à l'habitation, ne nous arriva que le huitième ou le dixième jour d'invasion; il était jaune-verdâtre, avait le facies on ne peut plus alarmant, les lèvres flétries, les dents fuligineuses, la langue brûlée, le pouls plein, gros et lent dans les courts instans de rémission, mou, faible tremblottant, fréquent et irrégulier pendant le paroxisme ; l'hypocondre droit était *tuméfié*, rénitent, pesant au malade, douloureux à la pression ; l'abdomen était tendu malgré des évacuations alvines récemment provoquées par le calomel (lors du passage d'un médecin sur l'habitation du malade), les urines rares, épaisses et safranées; les vomissemens étaient répétés, des éructations alternaient avec un hoquet on ne peut plus fatigant ; il y avait dans l'ensemble du sujet une expression d'éréthisme et de frémissement général, la voix était éteinte, la respiration rare, lente et profondément déprimée ; le pronostic général des consultans fut pour la mort, moi-même je la croyais inévitable.

Ayant, par le passé, comme cédé à l'opinion qui reconnaît pour très-rare l'hépatite essentielle; ayant, dans des cas semblables, vu mon prédécesseur mettre en pratique le traitement des mauvaises fièvres, celle-ci rapportée par lui et la totalité de nos confrères à la fièvre jaune, j'hésitai, cette fois encore, à m'affranchir des précédens et de l'opinion assez généralement admise. Cependant, considérant que je fus malheureux, dans les cas de ce genre, autant de fois que je voulus



suivre la route battue, je pris une direction tout à fait opposée.

Il était trop tard pour la saignée, les sangsues même ne pouvaient plus être employées, de nombreux vésicatoires appliqués à l'habitation n'avaient amené aucun changement favorable, le mercure seul me parut être l'ancre de salut; il fut largement employé. Vingt-quatre grains de calomel tout d'abord, et cela sans m'inquiéter de selles déjà obtenues, puis à doses progressivement moindres; des lavemens huileux et calomélisés, des frictions mercurielles sur toute l'abitude du corps, une boisson rafraîchissante miellée, un vésicatoire sur l'épigastre, *pansé avec la pommade de calomel*, ainsi que ceux déjà appliqués, et enfin des fomentations émollientes sur l'abdomen, représentent le traitement que j'ai fait subir d'une manière décroissante, mais prolongée, à M. Pottet, c'est le nom du malade (1).

Des évacuations bilieuses, abondantes et répétées, des urines copieuses et une forte fièvre mercurielle furent le résultat le plus sensible de ce hardi traitement. La fièvre hydragyrique fut lente à amener le ptyalisme, phénomène de tolérance qui semblait témoigner de la convenance de la médication employée. Cette salivation fut même médiocre, elle eut lieu sans presque aucune ulcération de la muqueuse buccale; après quarante jours environ, le malade sortit, faible, mais parfaitement guéri, de notre hôpital. C'est le premier que j'aie vu échapper à une pareille maladie; jamais les cas analogues, *le hoquet persistant*, n'avaient pardonné sous mes yeux.

On me demandera ce que je veux conclure d'un cas isolé; d'abord je répondrai qu'un homme a été sauvé, puis je dirai : voyez la médecine anglaise, elle fourmille d'observations de ce genre, et quelle que soit votre critique, je persisterai, en pareilles circonstances, dans ce que vous appelez l'emploi exagéré du calomel, médicament qui me fait dire, depuis sept ans, avec autant d'enthousiasme qu'en éprouvait Sydenham pour l'opium : pas de calomel, pas de médecine dans les pays chauds!

(*La suite au prochain cahier.*)

Emploi de l'oxi-phosphate de fer pour combattre le cancer; par M. Fuzet-Dupouget fils, D.-M. Inspecteur-adjoint des eaux Thermales de Saint-Laurent.

Les deux articles sur la nature et le traitement du cancer, par M. Godelle, insérés dans les numéros de la *Revue Médicale*, mai et juin 1836, m'ont suggéré l'idée ou plutôt m'ont rappelé le désir d'éveiller l'attention du public médical sur un moyen préconisé il y a douze ou quinze ans contre le cancer, dans un journal anglais, le *Philosophical Magazin*; c'est l'oxi-phosphate de fer, que mon père, ancien médecin, a employé avec succès, et dont j'ai obtenu moi-même les plus heureux résultats, non comme moyen curatif, mais comme un palliatif puissant, qui calme les douleurs atroces que cause cette cruelle maladie, qui change l'aspect de l'ulcère, en lui donnant les caractères d'une plaie simple et en neutralisant la fétidité de la suppuration, qui devient louable. Dans cette maladie, où l'art reste impuissant, on est encore heureux de trouver un moyen de calmer les douleurs de ces malheureux voués à une mort certaine, en leur rendant la vie supportable, et c'est dans ce cas là qu'on peut appliquer l'axiome de Marc-Antoine Petit (Médecine du cœur, quatrième épître à Forlis sur la douleur): « Une douleur de moins est bien plus qu'un plaisir. »

J'eus l'honneur d'écrire en 1829 à M. Récamier à ce sujet, il était alors un des directeurs de la *Revue Médicale* : il avait eu quelque bienveillance pour moi, et en m'honorant d'une réponse, il m'engagea à publier mes observations; mais le temps ne me permit pas de m'en occuper dans ce moment. Depuis lors, j'avais entièrement négligé cet objet, et, sans les considérations et réflexions que M. Godelle a publiées, je n'aurais pas eu l'honneur d'adresser mes observations à messieurs les rédacteurs de la *Revue Médicale*.

Avant de faire mention des cas, dans lesquels j'ai employé l'oxi-phosphate de fer, je vais indiquer la formule ou mode de préparation telle que la donne le *Philosophical Magazin* : « On dissout, dans suffisante quantité d'eau distillée ou d'eau de rose, demi-once de » phosphate de soude; d'un autre côté séparément on » dissout aussi dans suffisante quantité d'eau distillée, » demi-once de sulfate de fer; on expose les deux dissolutions séparément au soleil ou au bain de sable, » jusqu'au moment où la solution de sulfate de fer a » acquis une couleur rousse de vin de Madère; alors » on fait chauffer au feu la dissolution de phosphate » de soude : lorsqu'elle est un peu chaude, on verse » peu à peu et en même temps les deux dissolutions » dans un même vase; il se forme un précipité floconneux; on laisse reposer pendant un quart d'heure, » on filtre alors au papier Joseph; le résidu ou précipité qu'on recueille sur le papier doit être lavé deux » fois à l'eau distillée; on filtre de nouveau, et le dépôt » qui reste sur le filtre est l'oxi-phosphate qu'on fait » sécher à l'ombre pour être employé. »

« L'eau distillée qui a servi à laver l'oxi-phosphate » de fer, doit être conservée pour faire des lotions sur » les ulcères cancéreux. »

Obs. I.—Gandiol, boulanger, âgé de trente-un ans, de la ville de Joyeuse, arrondissement de Largentière, d'un tempérament sanguin bilieux, d'une forte constitution, avait joui d'une bonne santé jusqu'au mois de juin 1823. A cette époque, il ressentit à la lèvre inférieure, vers la partie moyenne du bord libre, une assez vive douleur, avec un sentiment de chaleur qui diminuait par intervalle; les lotions ou applications d'eau froide calmaient presque subitement cette douleur les premiers jours, mais peu à peu elle devint lancinante;

(1) Il est âgé de 60 ans, et habite la colonie depuis longtemps.

il se forma au bout de deux mois un engorgement dur de la grosseur d'un pois, qui devint douloureux à la moindre pression, la couleur de la peau changea et se colora en rouge violet ; quelques jours après la lèvre se gerça et il se forma un petit ulcère qui fit beaucoup souffrir le malade. Alors, pour la première fois Gandiol consulta M. Pavin, doyen des médecins du département, praticien très-distingué, qui déclara la maladie cancéreuse, et qne l'opération était le seul remède ; le malade me fut adressé par M. le docteur Pavin, mais il se livra à un charlatan, qui cautérisa plusieurs fois la partie affectée avec le sulfate de fer ou celui de cuivre; l'ulcère augmenta beaucoup et les douleurs devinrent très-vives sous l'influence du caustique.

Le 8 octobre 1823, je vis pour la première fois Gandiol; l'ulcère de la lèvre inferieure avait l'étendue d'une pièce d'un franc, de couleur grisâtre, les bords en étaient renversés et durs; la suppuration était ichoreuse et roussâtre, répandant une odeur fétide; on observait de la dureté dans l'étendue d'un demi-pouce autour de l'ulcère, et la peau était légèrement violacée; il n'y avait que peu de fièvre, les douleurs étaient devenues insupportables; aussi j'eus peu de peine à décider le malade à se laisser opérer, ce qui fut exécuté le lendemain ; mais je ne pus enlever la deirnière aiguille qui servait à la suture que le huitième jour, attendu que la réunion se fit difficilement; cependant Gandiol était remis le douzième ou quinzième jour.

La portion de la lèvre enlevée était dure, de consistance lardacée et avait une couleur grisâtre ; elle était composée de petites granulations tuberculeuses, toujours de la même couleur. Je conseillai au malade un cautère, l'usage interne de l'extrait de ciguë et la cessation de son métier de boulanger, présumant que l'ardeur du feu du four pourrait faire reparaître la maladie ; mais rien ne fut exécuté, et Gandiol jouit pendant un an d'une bonne santé. En octobre 1824, il éprouva une suppression de transpiration, les glandes maxillaires et cervicales du côté gauche s'engorgèrent considérablement et devinrent le siége de douleurs supportables dès le principe, mais qui augmentèrent avec intensité ; on appliqua des sangsues, des cataplasmes émolliens et narcotiques, rien ne put les calmer ; la peau devint violette, s'amincit et finit par s'ulcérer ; je fus appelé à cette époque, et je trouvai le malade réduit au désespoir par les douleurs continuelles qu'il éprouvait : les glandes du cou toutes agglomérées présentaient une tumeur bosselée, parsemée de veines bleuâtres et étant du volume de la tête d'un jeune enfant. Trois ulcères profonds à bords renversés, grisâtres, et donnant issue à une matière purulente infecte d'un jaune vert et peu consistant, ne me laissèrent aucun doute sur l'existence d'un nouveau cancer ; la fièvre existait, le teint était terreux et jaunâtre, la langue sale, la déglutition se faisait avec difficulté, il y avait une constipation opiniâtre.

Le cas était trop grave pour penser à l'opération ; j'en parlai à mon père, qui m'engagea à employer à l'intérieur et à l'extérieur l'oxi-phosphate de fer, dont il avait eu à se louer dans le traitement d'un cancer au sein chez une dame de Largentière ; il était parvenu à faire cesser entièrement les douleurs, et à détruire ou neutraliser la mauvaise odeur que répandait la suppuration provenant de l'ulcère cancéreux. Je suivis l'avis de mon père, et je mis mon malade à l'usage de l'oxi-phosphate de fer, à la dose de trois grains trois fois par jour ; je fis faire sur l'ulcère des lotions et des applications avec l'eau qui avait servi à laver l'oxi-phosphate. Au bout de trois jours il y avait une grande diminution dans les douleurs ; l'aspect de l'ulcère avait changé : il était rouge et détergé ; l'odeur qu'il répandait était nulle ; le malade avait reposé deux ou trois heures, ce qui ne lui était pas arrivé depuis plusieurs jours ; la fièvre avait un peu diminué ; la dose de l'oxiphosphate de fer fut augmentée graduellement jusqu'à dix grains trois fois par jour. L'amélioration se prononça d'une manière si rapide, que j'eus l'espoir de sauver mon malade ; il dormait bien, ne souffrait plus que de la gêne que lui occasionnait le volume de la tumeur, qui elle-même diminua d'un tiers. Pendant deux jours il ne prit pas l'oxi-phosphate, et les douleurs recommencèrent ; mais ayant continué son usage, elles disparurent de nouveau ; l'ulcère s'agrandit, la suppuration devint plus abondante, et finit par épuiser le malade, qui périt dans un état de marasme ; mais il ne ressentit plus ses douleurs. Tous les accidens qui se présentèrent furent combattus par les moyens appropriés, sans cesser l'usage de l'oxi-phosphate ; car si nous le suspendions ou que nous en diminuions les doses, dès lors les douleurs se réveillaient. Pour compléter mon observation, il aurait fallu faire l'examen de la tumeur et l'ouverture du cadavre; mais on obtient, dans la pratique de ce pays-ci, rarement cet avantage : au reste, je pense qu'il ne peut rester aucun doute sur la nature de cette maladie, qui a présenté tous les caractères d'une affection cancéreuse.

Obs. II. La femme Sévénier, de Labaume, canton de Joyeuse, issue de parens sains et robustes, d'un tempérament sanguin et nerveux, d'un embonpoint ordinaire, réglée à 18 ou 19 ans, mariée à 28, n'ayant jamais eu d'enfans, n'avait éprouvé aucun dérangement dans le flux menstruel jusqu'à l'âge de 45 ans, époque où elle a cessé d'être réglée sans aucun accident.

La femme Sévénier a éprouvé de vives peines morales, des frayeurs surtout qui ont singulièrement irrité le système nerveux. Quatre mois après la cessation des règles, la malade s'aperçut d'un engorgement légèrement douloureux, de la grosseur d'une petite noisette, situé dans le sein gauche, un peu au-dessus du mamelon. Ce petit corps glanduleux sembla rester stationnaire pendant deux ans : à cette époque il acquit graduellement la grosseur d'un œuf de poule; il devint douloureux, mais seulement à la pression ; enfin, le volume et la douleur augementant progressivement, l'appétit disparut, la fièvre s'alluma, la tumeur devint d'un rouge violet, la peau s'amincit; il existait une constipation opiniâtre, et pour la première fois on réclama les secours de l'art : on prescrivit des moyens in-

ternes qui rétablirent un peu les fonctions digestives. Des frictions avec l'huile de jusquiame furent faites sur la tumeur du sein; elles calmèrent un peu les douleurs, mais elles se réveillèrent bientôt avec plus de force : il se forma deux petits boutons sur l'engorgement du sein, qui s'ouvrirent et formèrent par leur réunion un ulcère qui s'accrut bientôt et qui fut combattu par l'application de la pulpe de racine jaune ou carotte (*daucus*) et par l'emploi intérieurement des pilules d'extrait de ciguë. Un mois après on me pria de voir la malade pour la première fois ; je la trouvai très-maigre, le teint jaune-paille, la fièvre assez intense, l'engorgement du sein de la grosseur d'un œuf d'oie, tout le sein et la tumeur recouverts de veines bleuâtres, et offrant à l'exploration une dureté excessive; il existait un ulcère de la grandeur d'une pièce de deux francs, dont le fond était d'un gris cendré, à bords renversés et donnant un peu de suppuration d'un roux jaunâtre, ayant une très-mauvaise odeur; les douleurs étaient intolérables; il n'y avait pas eu de sommeil depuis douze ou quinze jours, malgré l'emploi de l'opium. Je prescrivis l'oxi-phosphate de fer trois fois par jour, à la dose de trois grains chaque fois. On appliqua constamment sur l'ulcère des compresse imbibées avec l'eau d'oxi-phosphate de fer ; on donna des lavemens, une tisane calmante, et trois jours après, l'amélioration avait commencé, les douleurs avaient presque disparu; il y avait eu un peu de sommeil, l'ulcère s'était détergé et ne répandait plus aucune mauvaise odeur; j'augmentai la dose d'oxi-phosphate de fer et je l'ai portée graduellement à dix grains trois fois par jour. Le sommeil revint très-bien, la fièvre disparut, l'appétit se fit sentir, l'ulcère resta stationnaire, mais il présenta toujours un aspect satisfaisant; cet état dura dix mois, au bout desquels la malade s'éteignit sans aucune souffrance, continuant toujours l'usage de l'oxi-phosphate intérieurement et à l'extérieur; elle en diminuait ou en augmentait la dose, mais ne passait pas de jours sans en prendre.

Obs. III. — Madame P......, commune de Berias, canton des Vans, âgée environ de 43 ans, bien réglée, d'un tempérament bilioso-sanguin, d'une bonne constitution, mère de dix enfans qu'elle a nourris, s'aperçut, il y a 14 ans, en allaitant son septième enfant, qu'il existait, à la partie supérieure du sein gauche une glande dure de la grosseur d'une noisette; mais n'étant pas douloureuse, elle négligea d'y rien faire. Elle eut trois autres enfans depuis, et s'aperçut toujours, durant ses grossesses, que la glande augmentait de volume pour diminuer ensuite un peu pendant l'allaitement; mais cependant elle ne revenait jamais à son état primitif, et après avoir sevré ses enfans elle avait acquis toujours un peu plus de grosseur, puisqu'après avoir sevré son dixième enfant elle avait acquis le volume d'une pomme d'api. Elle se contenta d'y tenir du coton cardé; du reste elle ne souffrait nullement jusqu'au 25 octobre 1828, époque à laquelle la malade éprouva, sans cause appréciable, une suppression des règles qui dura trois mois; alors il se manifesta une douleur légère dans la glande, qui ne tarda pas à devenir plus forte; alors la glande se tuméfia, la peau devint violacée, les veines s'engorgèrent et se dessinèrent sous la peau, la dureté augmenta, il y eut insomnie, perte d'appétit; la malade combattit ces accidens par des demi-bains, un régime rafraîchissant, des applications émollientes sur le sein, ce qui calma un peu les douleurs, mais ne les fit pas entièrement disparaître. Je fus consulté à cette époque pour l'aménorrhée seulement, car on ne me dit rien de l'engorgement glanduleux; je prescrivis des bains de jambes, et l'application des sangsues à la partie supérieure et interne des cuisses, ce qui fit reparaître les menstrues, et dès lors la malade se trouva beaucoup mieux. A cette époque l'engorgement glanduleux avait acquis le volume d'un œuf de dinde et paraissait divisé en trois bosselures, la peau qui la recouvrait était bleuâtre et très-amincie. En septembre 1829, nouvelle suppression des menstrues, renouvellement des douleurs, qui n'avaient pas entièrement cessé. Le 4 octobre il se manifesta spontanément une métrorrhagie abondante qui soulagea la malade pour huit ou dix jours; mais au bout de ce temps les élancemens se manifestèrent avec force dans tout le sein gauche, mais principalement dans la glande engorgée. Je fus appelé à cette époque et je constatai l'état que j'ai décrit plus haut : le pouls était fébrile, un peu dur, la métrorrhagie n'avait duré que trois jours; je fis couvrir tout le sein d'un cataplasme narcotique et émollient; on appliqua des sangsues autour du sein, assez éloignées de la glande engorgée, craignant que, si elles mordaient sur cette partie, il ne se formât un ulcère à chaque morsure. Un traitement calmant et rafraîchissant fut prescrit et procura un peu d'amendement. Je proposai l'extirpation de la glande, mais la malade s'y refusa; l'inflammation n'existant pas, j'essayai la compression d'après la méthode de M. Récamier; j'eus soin d'appliquer avec toutes les précautions possibles les disques ou rondelles d'agaric, ainsi que le bandage qui me parut réunir toutes les conditions voulues par son auteur, mais la malade ne put le supporter; je fis une nouvelle application de la compression, qui ne fut pas mieux tolérée : je l'abandonnai et j'en revins pendant cinq ou six jours aux cataplasmes narcotiques. Au bout de ce temps-là, il se forma, au sommet de la glande, un petit bouton qui s'abcéda et dégénéra en ulcère qui s'étendit bientôt, et avait acquis, huit jours après, la grandeur d'une pièce de deux francs; les bords en étaient renversés, la surface grisâtre donnait issue à une matière d'un jaune brun d'une odeur infecte. C'est à cette époque que je mis la malade à l'usage de l'oxi-phosphate de fer intérieurement et extérieurement, comme dans les deux observations précédentes; le soulagement fut prompt, les douleurs, qui étaient très-vives, disparurent presque entièrement dès le second jour; la fièvre disparut aussi au bout de quatre jours; l'appétit revint; le teint, qui était terreux et jaunâtre, reprit son coloris; l'ulcère se détergea, peu à peu il fut d'un rouge naturel, et des bourgeons d'un bon caractère se montrèrent sur toute sa surface; mais pendant un mois et demi l'état de madame P....

resta stationnaire, malgré la continuation des mêmes moyens dont j'avais augmenté la dose ; je fis ajouter à l'eau d'oxi-phosphate de fer un peu de chlorure de calcium. L'ulcère sembla se resserrer un peu ; les bords même ne présentèrent plus ce renversement dès le quatrième jour que nous eûmes associé le chlorure à l'eau d'oxi-phosphate, et dix jours après la glande avait considérablement diminué, l'ulcère n'avait plus l'étendue que d'une pièce de cinquante centimes, et j'avais l'espoir de guérir cette malade ; mais on lui conseilla de consulter un autre médecin, qui fit suspendre ce traitement, ordonna l'application, sur le sein, de la carotte jaune rapée, l'usage du suc de cette racine intérieurement et un régime doux. Ce traitement fut suivi pendant deux mois, et l'état de madame P...... empira. Je fus rappelé alors ; l'ulcère s'était prodigieusement accru et avait envahi presque toute la glande, il avait trois pouces de diamètre et avait un aspect affreux ; il répandait une odeur insupportable, non-seulement à la malade, mais il incommodait les assistans ; la fièvre était revenue, le teint terreux, l'amaigrissement et le dégoût ou défaut d'appétit existaient de nouveau. Je remis la consultante à l'usage des mêmes moyens que la première fois, qui me réussirent de même. Au bout de huit jours la principale glande (car il en était survenu cinq ou six depuis deux mois) sembla se détacher et je pus en faire l'énucléation avec facilité et sans beaucoup de douleurs; j'en fis l'examen et je la trouvai composée d'une substance lardacée grisâtre et dure ; le fond de l'ulcère, qui avait près de deux pouces de profondeur, se détergea et prit un bon aspect ; cependant la fièvre n'avait pas entièrement cessé, les sueurs nocturnes se déclarèrent et ne purent être arrêtées, la suppuration augmenta, mais les douleurs ne reparurent plus ; enfin, la malade succomba quatre mois après, mais sans souffrances.

J'aurais pu citer encore plusieurs autres observations afin de constater le succès qu'on peut attendre de l'emploi de l'oxi-phosphate de fer pour combattre les affections cancéreuses, mais je n'aurais fait que me répéter. Je ne doute pas que dans les hôpitaux, où l'on est sûr qu'on exécute parfaitement les prescriptions des médecins, on ne puisse obtenir des succès plus brillans avec ce moyen thérapeutique. Je me croirai heureux si, en réveillant l'attention des praticiens sur un moyen aussi précieux, déjà connu depuis plusieurs années et laissé dans l'oubli, je puis engager quelques confrères à en faire l'essai, espérant que les sujets chez qui on en fera usage obtiendront une amélioration bien marquée.

Observation sur un accouchement remarquable par sa marche et par les effets du seigle ergoté ; par le docteur RONZEL PÈRE, médecin à Saint-Étienne-aux-Claux (Corrèze).

Marie-Anne Robière, âgée de 20 ans, d'une petite taille, mais bien constituée, enceinte pour la première fois, était parvenue au terme de l'accouchement sans accidens et sans incommodités. Quelques douleurs plus ou moins tumultueuses et passagères s'étaient déclarées depuis quatre jours. Appelé le 29 mars dernier vers le soir, je voulus m'assurer de l'état des choses, quoique rien ne pût me faire présumer un accouchement prochain. Le ventre était dévié à droite ; l'orifice de la matrice était dilaté de la largeur d'une pièce de trois francs, dirigé à gauche au fond du vagin et fortement en arrière, dans un état de souplesse qui faisait bien augurer du travail ; la poche des eaux le couvrait tout entier et à travers on sentait une dureté que je pris avec raison pour la tête. Les douleurs étant tout à fait passagères, je me retirai, annonçant que l'accouchement était encore éloigné.

La nuit fut assez tranquille ; le lendemain matin, 30 mars, les choses étaient toujours dans le même état. La journée tout entière se passa de même ainsi que la nuit et le jour suivant.

Le vendredi premier avril, vers les dix heures du matin, une douleur forte rompit la poche des eaux et il s'en écoula une quantité prodigieuse. Les douleurs qui venaient auparavant de loin en loin et par bouffées, cessèrent entièrement après cette évacuation, la malade fut tranquille toute la journée.

Dans ma visite du soir, je trouvai l'orifice de la matrice tout à fait en arrière et à gauche, ni plus ni moins dilaté que la veille : je le ramenai vers le pubis avec le doigt index ; je voulus le maintenir quelques momens dans cette position, croyant réveiller les douleurs en agaçant l'utérus, mais en vain, on aurait cru que la matrice était dans un état d'inertie depuis l'évacuation subite des eaux.

Plus tard, ayant visité la malade, je trouvai toujours les choses dans le même état, point de douleurs, la matrice était contractée sur l'enfant, qui ne faisait plus de mouvemens. L'orifice était toujours en arrière et à gauche, je le ramenai une seconde fois vers le pubis où je le maintins assez longtemps, cherchant à exciter les douleurs par des frictions sur le ventre et par quelques cuillerées de vin que je faisais prendre à la malade : je ne fus pas plus heureux. L'accouchement n'avançait pas du tout, la tête de l'enfant était toujours au-dessus du détroit supérieur, assez serrée par la matrice, toujours déviée à droite, malgré la précaution que j'avais eu de faire coucher la malade sur le côté gauche ; je vis alors la nécessité de recourir au seigle ergoté, j'en fis prendre à la fois un gros délayé dans un peu de bouillon.

La poudre obstétricale produisit l'effet le plus prompt et le plus actif. Les douleurs devinrent presque continuelles, tumultueuses, et tout à fait irrégulières ; la malade s'agitait en tout sens ; la tête de l'enfant plongeait dans le bassin ; l'orifice de la matrice était suffisamment redressé et bien dilaté, tout annonçait un accouchement peu éloigné ; il n'en fut pas ainsi, ce précieux travail fut brusquement suspendu par une faiblesse, la malade pâlit et devint tout à fait faible ; on sentait à peine un léger frémissement dans le pouls, les yeux étaient renversés et immobiles, toute la famille et les

assistans étaient consternés, je n'étais pas sans embarras ni sans crainte. je pensai bien vite au forceps, mais je ne l'avais pas sous la main et la crainte de voir mourir la malade entre mes mains m'aurait retenu ; je fis tous mes efforts pour la ranimer et j'y parvins au bout de demi-heure seulement. Les douleurs se rétablirent peu à peu et furent plus régulières qu'elles n'avaient été jusqu'alors mais pas fortes; elles persistèrent depuis minuit jusque sur les trois heures : la tête, dans une bonne position, plongeait au fond du bassin ; l'orifice de la matrice, souple et entièrement dilaté, était tout à fait redressé. On ne s'apercevait plus de l'obliquité de la matrice, tout annonçait un accouchement prochain : mais bientôt, sans cause connue, plus de douleurs, plus de progrès dans le travail, excepté ceux bien médiocres que la malade obtenait par ses efforts.

Je revins à la poudre obstétricale, j'en fis prendre cette fois un demi-gros, effet absolument nul; cependant, la tête paraissait à la vulve et poussait le périnée. Les efforts de la malade produisaient toujours quelque petit effet, je croyais terminer l'accouchement sans violence : vain espoir, la malade épuisée ne peut plus pousser, la matrice est molle et dans un état d'inertie. J'hasarde encore un gros de seigle ergoté qui ne produit aucun effet ni sur la matrice ni sur la malade ; je donne des cordiaux, je fais faire des frictions sur le ventre, tout est inutile, le travail est entièrement suspendu, la malade est sans force comme sans souffrance ; cette fois je n'hésite plus, je propose l'application du forceps, qu'on ne connaît guère dans les campagnes; on me fait quelques difficultés, mais on cède à mes observations lorsque je parle du danger que court la malade. L'application de l'instrument est faite dans quelques minutes, et l'accouchement terminé, l'enfant était volumineux et mort, sans doute, depuis l'évacuation subite des eaux qui avait eu lieu quatre à cinq jours auparavant, l'épiderme se détachait de tous côtés et tout le corps était de couleur violacée.

Il n'y eut point de perte après l'accouchement; la malade étant toujours molle, je ne me pressais point d'opérer la délivrance, je fis faire des frictions sur le ventre, je rassurai la malade, lui fis prendre du bon bouillon et lui donnai tous les secours que sa position demandait, je pus la délivrer demi-heure après, la matrice était contractée au point qu'il fallut extraire le placenta avec la main, il y avait déjà un commencement de chatonnement.

Les suites de cet accouchement ont été un peu longues, les forces sont revenues bien lentement, il y a eu écoulement involontaire des urines une quinzaine de jours; les lochies coulaient peu; une toux catarrhale qui survint entretenait l'écoulement involontaire des urines, et n'a pas peu contribué à retarder la convalescence qui cependant a été complète au bout de six semaines.

Réflexions. — Cet accouchement, quoique naturel, donne lieu à plusieurs réflexions; et d'abord quelle était la cause qui rendait les douleurs si éloignées et si tumultueuses durant plusieurs jours? il est difficile de rendre raison de ce fait, à moins qu'on ne l'attribue à l'obliquité de la matrice; mais cette obliquité est si fréquente, sans produire le même résultat, que l'on ne peut trop la regarder comme cause de la lenteur du travail; l'on ne peut pas non plus l'attribuer à la mort de l'enfant, puisqu'il a donné des signes de vie jusqu'au moment de l'évacuation abondante et subite des eaux.

Cette évacuation subite et prématurée des eaux est assez souvent suivie d'une suspension du travail dans les accouchemens; mais cette suspension, qui est presque toujours immédiate, dure peu de temps pour l'ordinaire; les douleurs ne tardent pas à revenir, elles deviennent même d'autant plus opiniâtres que la matrice est appliquée sur un corps dur qui l'irrite et qui devient passif, retenu dans ses mouvemens par le resserrement qu'il éprouve.

Il paraît certain que la mort de l'enfant a eu lieu après l'ouverture de la poche des eaux ou peu de temps après. Avant ce moment, il donnait des signes de vie et faisait ses mouvemens ordinaires; cependant, la tête était encore au-dessus du détroit supérieur; elle n'était pas fortement serrée; le cordon ombilical ne paraissant point à la vulve ni dans l'intérieur du vagin, ne pouvait être comprimé, et si l'on voit quelquefois périr les enfans lorsque la tête demeure assez longtemps arrêtée au détroit inférieur, il est rare de voir cet accident tant qu'elle n'est pas engagée; on pourrait donc croire que la mort a été l'effet de la compression forte et permanente de la matrice sur l'enfant, empêché dans ses mouvemens et asphyxié peut-être par cette compression.

Les effets du seigle ergoté n'ont pas été douteux dans cette circonstance. La dose d'un gros que j'ai administrée en une fois, a produit momentanément, après plusieurs jours de ralentissement, les douleurs les plus fortes et les plus irrégulières; l'accouchement marchait assez rapidement et aurait été terminé en peu de temps sans doute, sans l'obliquité de la matrice qui le rend presque toujours plus pénible et plus long.

La dose d'un gros de seigle ergoté en une fois est forte; mais la durée de l'accouchement et la cessation complète des douleurs depuis plusieurs jours m'autorisaient à agir vigoureusement; j'ai presque toujours donné la poudre obstétricale à la même dose et beaucoup d'accoucheurs en on fait de même sans obtenir des résultats si décidés.

Une grande faiblesse est survenue après quelques heures du meilleur travail; était-elle l'effet de la violence de ce travail, déterminé par le seigle ergoté? on peut le croire, et une dose plus minime n'aurait peut-être pas été suivie de cet accident, à moins qu'on ne l'attribue à l'épuisement de la malade, occasionné par la durée de l'accouchement. Devais-je le terminer par le forceps durant cette faiblesse qui a duré plus de demi-heure? un accoucheur hardi l'aurait peut-être fait, et je l'aurais fait moi-même si je l'avais eu sous la main; mais que d'obstacles aurais-je éprouvé de la part des parens dans un moment si critique; ensuite on est toujours disposé à secourir, à ranimer la malade en

pareille circonstance, dans la croyance de terminer l'accouchement plus heureusement et la crainte de la voir mourir durant l'opération.

Les douleurs se sont rétablies après la faiblesse ; elles ont été moins forte à la vérité, mais plus régulières ; elles se sont suspendues de nouveau, après trois heures de durée, au moment où l'occiput paraissait à la vulve et où l'accouchement était prêt à se terminer. Les cordiaux, les frictions sur l'abdomen, un demi-gros de seigle ergoté, ont été employés simultanément sans effet ; un gros de la même poudre, administré un peu plus tard, n'a rien produit non plus ou plutôt n'a produit qu'un effet stupéfiant, j'ai reconnu alors la nécessité de terminer l'accouchement ; j'ai appliqué le forceps et sans peine ni violence j'ai délivré la malade.

L'écoulement involontaire des urines, après la délivrance, était, sans doute, l'effet du séjour prolongé de la tête de l'enfant sur la marge du bassin, et de la compression qu'elle avait exercée sur le col de la vessie. On peut présumer aussi qu'il a pu être l'effet de l'application du forceps, quoique cette application ait été faite sans peine.

On voit, dans cette observation, les effets très-actifs et très-prompts du seigle ergoté donné à forte dose ; on voit aussi ses effets devenir impuissans et nuls lorsqu'il a produit son excitation ; peut-être est-il plus prudent de le donner à doses fractionnées et répétées selon le besoin. On voit encore que ce remède ne produit aucun mauvais effet sur l'estomac et les intestins, et on doit le regarder comme très-utile dans la pratique des accouchemens ; mais on ne doit pas en abuser.

ARCHIVES DE LA MÉDECINE

HOMŒOPATHIQUE.

MAI ET JUIN 1836.

L'homœopathie comparée à la médecine allopathique, ou examen critique de ces deux doctrines médicales ; par le docteur Libert, ancien chirurgien interne des hôpitaux civils de Paris, membre de plusieurs Sociétés savantes, etc. (1)

Le présent, engendré du passé, est gros de l'avenir.
Leibnitz.

Une théorie médicale nouvelle, l'homœopathie, après avoir pris naissance en Allemagne, s'y maintient depuis plusieurs années malgré la proscription et les persécutions que ses partisans ont eues à subir ; elle a fait plus, elle a jeté des racines profondes parmi les médecins de ce pays, et elle vient enfin de pénétrer en France, où déjà elle divise le monde savant. Dans un pareil état de choses, il me parait du devoir de tout médecin consciencieux de l'étudier sans prévention, et de la soumettre au creuset de l'expérience, au moyen simple et infaillible de reconnaître la vérité.

Pénétré de cette idée, et surtout persuadé qu'une théorie, si absurde qu'elle soit, contient toujours quelques étincelles de vérité, j'ai étudié les ouvrages de Hahnemann, et aujourd'hui, que ma conviction est arrêtée, je crois devoir la faire connaître. Je dois à mes confrères de leur dire quels motifs m'ont séparé de leurs rangs pour suivre une autre bannière, je me dois à moi-même de rendre hommage à la vérité que j'ai constatée ; et peut-être aussi, dois-je à ceux qui m'ont accordé leur confiance, un récit exact des faits sur lesquels ma conviction est basée, et leur dire en même temps la marche que j'ai suivie pour arriver à la connaissance de ces faits.

Qu'on ne s'attende donc pas à trouver dans ce mémoire une exposition complète et détaillée de la doctrine homœopathique ; car ce serait m'écarter de mon but. Je désire me justifier aux yeux des personnes qui seraient tentées de me taxer d'inconséquence et de versatilité. Je prie, d'ailleurs, celles qui seraient disposées à porter de moi un semblable jugement, de vouloir bien m'entendre auparavant, et de ne pas confondre l'amour de la vérité, qui m'a dirigé dans ces recherches, avec l'enthousiasme aveugle qui se jette avidement sur les innovations. Est-il présumable, en effet, que je rejette les connaissances acquises par des études longues et pénibles faites pendant sept ans dans les hôpitaux de Paris, et qui depuis ont dirigé ma pratique pendant huit autres années, si je n'y étais amené par une conviction profonde ?

Je dois même dire qu'en commençant l'étude de l'homœopathie, j'étais loin d'être prévenu en sa faveur, puisque j'avais plus en vue de la combattre que de l'adopter. Cependant, croyant remplir un devoir, je lus avec impartialité l'*Organon de l'art de guérir,* ouvrage dans lequel Hahnemann expose son système avec beaucoup de clarté ; je lus ensuite son *Traité des maladies chroniques*, qui attira toute mon attention et me fit faire des vœux pour que l'expérience clinique vint confirmer une doctrine qui me paraissait devoir arracher tant de malheureux à leurs souffrances et à la mort : car, il faut bien l'avouer, si l'allopathie a quelques succès dans les maladies aiguës, rien n'est plus déplorable que les résultats obtenus par elle dans le traitement des maladies chroniques.

Si je ne basais mes allégations que sur ma pratique particulière, je pourrais attribuer à mon ignorance les fâcheux résultats que je reproche à la médecine allopathique ; mais, ayant rempli pendant plusieurs années les fonctions d'élève interne dans les hôpitaux de Paris, et ayant été attaché, en cette qualité, au service de plusieurs de nos illustrations médicales, j'ai été plus à même que personne d'apprécier l'insuffisance de la médecine et quelquefois même ses fâcheuses conséquences. N'ai-je pas vu souvent, en effet, que les médecins qui mettaient en usage la médecine la plus active, étaient ceux dont la feuille des morts était la plus garnie à la fin des mois ? Si l'exercice de notre art offre des chances si peu favorables entre les mains des praticiens les plus instruits et les plus consommés, que nous présentera-t-il si nous descendons dans la pratique des médecins pris en masse ?

(1) Nous profitons de l'autorisation que nous a donnée le docteur Libert de reproduire dans notre journal l'espèce de profession de foi homœopathique qu'il vient de publier. Le rang distingué qu'il occupait dans la médecine allopathique, et ses antécédens honorables, ne lui ont pas permis de venir tacitement à l'homœopathie. Il a voulu que ses confrères et le public connussent la nouvelle détermination qu'il a prise et le changement qui s'est opéré dans ses croyances médicales. Il a voulu dire aussi quels motifs l'ont porté à adopter la nouvelle doctrine. Il serait à désirer que son exemple rencontrât beaucoup d'imitateurs.
(*Note des rédacteurs.*)

Il est cependant loin de ma pensée de vouloir faire entendre que l'allopathie ne guérit jamais; elle aide souvent, au contraire, à la guérision des maladies aiguës, et même elle en guérit quelques unes. Ces cas de succès sont à la vérité très-rares, et ce qu'il y a de plus malheureux pour cette méthode, c'est qu'elle ne les obtient que lorsqu'elle agit empiriquement, c'est-à-dire sans pouvoir se rendre raison de ce qu'elle fait. L'école moderne a beau se glorifier de traiter les maladies d'une manière rationnelle, il est facile de lui prouver que, tant qu'elle ne se jette pas dans l'empirisme, elle ne les attaque que par des moyens indirects et dès lors incertains. Peut-on nier, en effet, que l'allopathie ne soit jamais si puissante que lorsqu'elle met en usage les préparations de quinquina, le mercure ou quelques uns des antidotes qu'elle possède, et dont elle ignore complètement le mode d'action? Je vais citer un exemple afin de rendre ma pensée plus sensible. Je suppose qu'un médecin allopathiste soit appelé auprès d'un malade atteint d'une inflammation du poumon, accompagnée de symptômes franchement inflammatoires; il le saignera certainement, reviendra une ou plusieurs fois aux émissions sanguines, puis il passera à l'usage des sinapismes, des vésicatoires et de tous les moyens appelés dérivatifs. Il est évident que les saignées dégorgeront le poumon d'un manière presque mécanique, et pourront ainsi diminuer les efforts que la nature devra faire pour amener la résolution de l'inflammation. Les dérivatifs, à leur tour, agiront sur des points de l'organisme plus ou moins éloignés du siége du mal, de manière à y appeler le sang et à prévenir de nouvelles congestions sanguines sur l'organe malade. Il est facile de voir que cette médication agit d'une manière tout à fait indirecte, qu'elle s'adresse aux altérations qui sont une conséquence de la maladie, et qu'elle n'en combat nullement la cause. Elle prend la partie pour le tout, et combat ce qu'il y a de plus saillant dans la maladie, comme si c'était la maladie tout entière. Il doit arriver de là, et il arrive très-souvent, en effet, qu'à mesure que les saignées générales et locales débarrassent l'organe enflammé du sang qui engorge son tissu, une nouvelle congestion se forme sous l'influence de la cause première de la maladie, c'est-à-dire du désaccord des forces vitales; et l'observation prouve journellement qu'il existe des inflammations qui ne cèdent nullement à l'usage des antiphlogistiques, quelque largement qu'ils soient employés.

Si, comme nous venons de le voir, les émissions sanguines favorisent la résolution des inflammations, en enlevant mécaniquement le sang, la nature a seule le pouvoir de l'opérer; c'est-à-dire de rétablir l'harmonie qui avait été troublée par la cause de la maladie. Mais pour que l'énergie vitale réagisse efficacement contre le principe morbifique, il faut qu'elle ne soit pas épuisée par des saignées trop nombreuses et trop abondantes. Il est donc certain que les saignées sont par elles-mêmes impuissantes à guérir les inflammations, et, je dirai plus, souvent elles deviennent mortelles lorsqu'elles sont poussées à l'excès.

L'homœopathie agit d'une manière toute différente. Elle attaque directement chaque maladie par un médicament qui lui est approprié; et pour cela, elle nous enseigne une loi générale à l'aide de laquelle nous pouvons trouver ce spécifique. Aussi guérit-elle toutes les fois que l'allopathie eût guéri et même dans une multitude de cas où cette méthode eût été impuissante. Pour dire la vérité tout entière, il faut ajouter que les guérisons qu'elle obtient sont plus sûres, plus promptes et amenées par des moyens plus doux.

Maintenant, si nous examinons ce que la médecine allopathique peut faire pour la guérison des maladies chroniques, nous sommes étonnés de son impuissance. Quel succès remporte-t-elle, en effet, dans les affections scrofuleuses, dartreuses et dans cette variété innombrable de maladies connues sous la dénomination de névroses? Heureux alors les malades qui tombent entre les mains d'un médecin prudent! il ne les guérit pas, mais aussi il n'ajoute pas à leurs souffrances par des moyens empiriques, inconsidérément administrés. Il leur prescrit le plus souvent de porter un exutoire toute leur vie, et de suivre un régime sévère; en d'autres termes, il leur dit: vivez avec votre ennemi, puisque nous ne pouvons pas vous en débarrasser. Ce conseil, d'ailleurs sage en lui-même, n'est-il pas l'aveu le plus formel de l'impuissance de l'allopathie dans le traitement des maladies qui nous occupent?

Je dois cependant ajouter, pour être juste, que le médecin allopathiste guérit de temps en temps et par hasard quelque maladie chronique; mais c'est qu'alors il a employé, empiriquement et sans s'en douter, un médicament homœopathique, en d'autres termes, approprié à la maladie qu'il avait à combattre. Ce que j'avance ici est si vrai, que, dans l'ignorance où il se trouve de la loi des semblables, il appliquera à tort et à travers le même médicament dans une foule de cas où il n'en retirera aucun avantage. C'est pourquoi nous voyons chaque jour des médicamens si prônés, puis tout à coup abandonnés par ceux-là mêmes qui les ont vantés.

On m'objectera, j'en suis certain, les travaux de tant de médecins instruits et laborieux, et l'on me dira: comment se fait-il que l'art de guérir reste stationnaire, lorsque toutes les sciences accessoires à la médecine se perfectionnent sans cesse? Je suis loin de nier ce que les travaux des médecins modernes ont eu d'utile pour le diagnostic des maladies: mais je nie positivement qu'ils aient ajouté en quoi que ce soit à leur traitement et à leurs chances de guérison. L'école anatomique ou organique dirigeant toutes ses recherches vers un but unique, l'anatomie pathologique a apporté une précision jusqu'alors ignorée dans la connaissance des lésions de tissu que les maladies entraînent à leur suite. Nous possédons des descriptions qui laissent très peu de chose à désirer sur le développement, l'accroissement et le ramollissement des tubercules pulmonaires; l'anatomie pathologique a suivi pas à pas les dégénérescences carcinomateuses, et elle nous les montre dans tous les tissus de l'économie animale, et sous toutes

leurs variétés de forme. Les travaux des modernes ont fait plus encore, ils nous ont fourni des moyens précieux d'investigation, à l'aide desquels nous pouvons quelquefois reconnaître pendant la vie les lésions de tissu, leur nature et leur étendue.

Ne dirait-on pas, en voyant l'attention minutieuse avec laquelle les médecins modernes font la description des symptômes morbides et particulièrement des altérations organiques, qu'ils veulent suivre les traces de MM. Geoffroy Saint-Hilaire et Ducrotay de Blainville, et faire de la médecine une branche de l'histoire naturelle? Personne ne sera tenté de me taxer d'exagération, je pense. S'il ouvre nos ouvrages les plus récens, il verra, par exemple, M. le docteur Louis consacrer 533 pages à la description des tubercules pulmonaires, et se borner à en écrire neuf sur le traitement de cette maladie.

La thérapeutique ne fut jamais si pauvre qu'elle l'est aujourd'hui, et cependant la chimie lui fournit chaque jour des produits nouveaux. On a droit de s'étonner que la médecine allopathique n'en sache pas tirer un avantage réel dans sa pratique. Si nous examinons ce qui est arrivé pour l'acide hydrocyanique, le chlore l'iode, la créosote et une multitude d'autres substances, notre étonnement cesse bientôt. Nous voyons, en effet, que ces médicamens ont produisent quelques guérisons, et puis aussitôt la cupidité et le charlatanisme s'en sont emparés, les ont employés sans discernement dans les cas les plus différens et les ont replongés dans l'oubli, faute d'en avoir fait une application judicieuse. Les médecins allopathistes ont eu le tort d'appliquer à tous les cas de même ordre des moyens qui ne convenaient qu'à l'une de leurs variétés. C'est ainsi qu'ils ont converti le bon grain en ivraie. Cependant ils se récrieront très-haut, et nous diront qu'ils possèdent des spécifiques et que leur puissance est incontestable dans le traitement de quelques maladies. Nous le leur accorderons très-volontiers : car nous savons qu'ils comptent parmi leurs curatifs le mercure, le quinquina et la vaccine. Mais comment sont-ils parvenus à la connaissance de ces spécifiques? Ils les doivent au hasard, et ils ont fait de la médecine homœopathique sans s'en douter et sans en connaître les lois. Combien de fois aussi n'ont-ils pas abusé de ces moyens héroïques? Combien de fois, pour avoir ignoré la théorie des doses infinitésimales, n'ont-ils pas produit des maladies médicamenteuses? Quel est le médecin qui n'a pas vu l'usage immodéré du mercure déterminer des douleurs ostéocopes, des exostoses, des caries des os du palais, etc. Les allopathes ont reconnu despuis longtemps cette vérité, et ils n'ignorent pas que l'abus du quinquina donne lieu aux engorgemens du foie et de la rate et même à des accès de fièvre intermittente.

Si maintenant nous recherchons les causes qui se sont opposées jusqu'à ce jour aux progrès de la thérapeutique, et qui ont éloigné la médecine de son véritable but, la guérison des maladies, il nous est facile de les apercevoir dans la direction imprimée aux études médicales par l'école anatomico-pathologique, et plus encore dans l'ignorance d'une bonne méthode pour étudier les médicamens. Avant Hahnemann, la matière médicale était soumise aux théories régnantes, et, d'après les idées en vogue, on attribuait aux médicamens telle ou telle vertu sans se donner la peine d'étudier avec exactitude les modifications qu'ils apportaient à l'organisme. Aussi, voyons-nous les classifications des médicamens basées sur ces prétendues vertus, se succéder et se renverser tour à tour, à mesure qu'un nouveau système médical en a remplacé un autre.

Depuis longtemps tous les esprits judicieux ont senti l'impérieuse nécessité de reconstituer la matière médicale sur de nouvelles bases. M. Rostan s'exprime ainsi dans son *Cours de médecine clinique*, tome premier, page 85 : « Aucune science humaine (matière médicale) » n'a été et n'est encore infectée de plus de préjugés » que celle-là ; chaque dénomination de classe de mé» dicamens, chaque formule même est, pour ainsi dire, » une erreur... » Et page 107 : « Un formulaire qui a » paru récemment nous apprend à faire des potions in» cisives, des looks verts, des élixirs de longue vie, des » hydragogues, des emménagogues, des résolutifs, des » détersifs, des anti-septiques, des anti-hystériques, » des digestifs, etc. Un autre nous offre, dit encore » M. Rostan, des apozèmes anti-scorbutiques, laxatifs, » sudorifiques ; un baume acoustique, anti-arthritique, » astringent ; un baume de vie, de vie externe, nerval, » odontalgique, ophthalmique ; de la bière céphalique, » des boissons anti-laiteuses, anti-narcotiques, anti» spasmodiques; carminatives, contre le rachitis, contre » les catarrhes aigus, contre les coups à la tête, contre » les fièvres adynamiques et ataxiques ; contre les diar» rhées atoniques, contre les scrofules, contre les ma» ladies de la peau, etc., etc. Je m'arrête, dit-il, je n'ai » encore parcouru que deux pages d'un formulaire ma» gistral, publié en 1823, et qui depuis a eu plusieurs » éditions! Est-il possible de n'être pas rebuté par ces » dégoûtantes absurdités ? nous pensons que ces sottises » surannées doivent être renvoyées au quinzième siè» cle, etc. » Et ici M. Rostan n'a fait que reproduire, en l'affaiblissant, la pensée que Bichat avait exprimée avec cette verve et cette autorité que le génie seul sait donner, lorsqu'il disait : « A quelles erreurs ne s'est-on » pas laissé entraîner dans l'emploi et dans la dénomi» nation des médicamens? On créa des désobstruans, » quand la théorie de l'obstruction était en vogue. Les » incisifs naquirent quand celle de l'épaississement des » humeurs lui fut associée. Les expressions de délayans » d'atténuans, et les idées qu'on leur attacha, furent » mises en avant à le même époque. Quand il fallut » envelopper les âcres, on créa les invisquans, les in» crassans, etc. Ceux qui ne virent que relâchement ou » tension des fibres dans les maladies, que *laxum* et » *strictum*, comme ils le disaient, employèrent les as» tringens et les relâchans; les rafraîchissans et les » échauffans furent mis en usage surtout par ceux qui » eurent spécialement égard, dans les maladies, à l'ex» cès ou au défaut de calorique, etc.

» Des moyens identiques ont eu souvent des noms

» différens, suivant la manière dont on croyait qu'ils » agissaient. Désobstruant pour l'un, relâchant pour » l'autre, rafraîchissant pour un autre, le même mé- » dicament a été tour à tour employé dans des vues » toutes différentes et même opposées, tant il est vrai » que l'esprit de l'homme marche au hasard quand le » vague des opinions le conduit.

» Il n'y a pas eu en matière médicale de systèmes » généraux; mais cette science a été tour à tour in- » fluencée par ceux qui ont dominé en médecine; cha- » cun a reflué sur elle, si je puis m'exprimer ainsi. De » là, le vague, l'incertitude qu'elle nous présente au- » jourd'hui. Incohérent assemblage d'opinions elles- » mêmes incohérentes, elle est peut-être de toutes les » sciences physiologiques celle où se peignent le mieux » les travers de l'esprit humain : que dis-je? ce n'est » point une science pour un esprit méthodique, c'est » un assemblage informe d'idées inexactes, d'observa- » tions souvent puériles, de moyens illusoires, de for- » mules aussi bizarrement conçues que fastidieusement » assemblées. On dit que la pratique de la médecine » est rebutante; je dis plus, elle n'est pas, sous cer- » tains rapports, celle d'un homme raisonnable, quand » on en puise les principes dans la plupart de nos ma- » tières médicales, etc. (1). »

S'il est une chose qui me paraît hors de contestation en médecine, c'est que les médicamens ne peuvent guérir les maladies qu'autant qu'ils ont la propriété d'apporter certaines modifications dans la manière d'être de l'économie animale. Or une vérité qui me semble tout aussi évidente, c'est qu'il est nécessaire que la vertu modificatrice ou curative spéciale pour chaque médicament, soit connue du médecin, afin qu'il en fasse une application judicieuse à la guérison des maux qui affligent l'espèce humaine. La matière médicale, n'étudiant les agens thérapeutiques que sur l'homme malade, ne pouvait arriver à constater d'une manière positive cette vertu; aussi cette ignorance l'a-t-elle toujours mise à la merci de toutes les théories nouvelles.

Nous voyons les médecins allopathistes mettre à contribution tous les règnes de la nature, et essayer, je dirais presque au hasard, tel ou tel médicament dans le traitement des maladies. Quel résultat en obtiennent-ils? Le malade guérit ou il meurt : et alors comment se rendre compte des modifications apportées à la maladie par le médicament? Quelle part a eue ce médicament à la guérison ou à la mort? Les phénomènes observés après son administration dépendaient-ils de sa vertu médicamenteuse, ou bien étaient-ils dus à la maladie? Voilà autant de questions qu'il est impossible de résoudre avec ce mode défectueux d'expérimentation.

Mais ce n'est pas tout encore. Il semble que les allopathes fassent tous leurs efforts pour obscurcir le problème. Il ne se contentent pas d'administrer un seul médicament à la fois, ils entassent quatre à cinq substances médicinales dans la même formule, sous les noms très-savans de base, d'adjuvant, de correctif et d'excipient; et, sans connaître exactement la vertu curative d'une seule de ces substances, ils affirment gravement que la base est le médicament actif, que l'adjuvant aide à l'action de la base, et que le correctif la modifie. En vérité, a-t-il jamais existé rien de comparable à de telles absurdités? Et des hommes graves, des savans, des médecins enfin, ont-ils pu commettre de telles inconséquences? Hahnemann a très-bien bien fait sentir le ridicule d'une pareille manière d'agir. J'emprunte les les passages suivans aux prolégomènes qui précèdent sa *Matière médicale* : « N'est-il pas absurde, dit-il, d'attri- » buer un effet à une force, tandis qu'il y avait en jeu, » dans le même temps, d'autres forces qui souvent ont » contribué plus qu'elle à le produire?

» Il ne serait pas plus ridicule de nous dire qu'on a » découvert un aliment d'excellente qualité dans le » sel de cuisine; qu'on l'a prescrit avec succès à un » homme demi-mort de faim qui s'en est trouvé sur-le- » champ restauré comme par miracle, et que la for- » mule à suivre en pareil cas, est celle-ci : Prenez une » demi-once sel de marin, principale substance de votre » recette analeptique; faites dissoudre ce sel, selon les » règles de l'art, dans suffisante quantité d'eau bouil- » lante, à titre d'excipient ou de véhicule; ajoutez, pour » correctif, un bon morceau de beurre : puis, pour » adjuvant, une livre de pain coupé par tranches min- » ces, et donnez le tout à la fois, après avoir bien re- » mué. On serait tout aussi fondé à dire que le sel fait » la base de cette soupe, que le beurre et le pain n'y » sont que des accessoires, et que, préparée ponctuel- » lement d'après la formule, elle ne manque jamais son » effet salutaire. »

Pour compléter ce beau système d'observations, le médecin allopathiste ne manque pas de prescrire une tisane souvent composée de deux ou trois plantes douées de propriétés différentes, ce qui empêche tout à fait de démêler non-seulement les phénomènes propres à chaque médicament, mais même d'apprécier leur influence, bonne ou mauvaise, sur la marche et la terminaison de la maladie.

Après ces considérations, que pourrais-je répondre à celui qui me demanderait si la médecine a fait plus de bien que de mal à l'humanité? J'en appellerais à la conscience de tout médecin de bonne foi, et je le laisserais répondre. Pour moi, je vais faire une exposition rapide et impartiale de la doctrine homœopathique, afin de mettre le lecteur en état d'apprécier par lui-même les avantages qu'elle a sur la médecine allopathique. Je la soumettrai à un examen raisonné, et je rapporterai les faits qui résultent de l'expérience pratique, sans me laisser arrêter par ses détracteurs, quelque haut placés qu'ils soient; mais aussi, sans être influencé par ses admirateurs enthousiastes.

Les êtres organisés sont sans cesse modifiés par tous les corps de la nature au milieu desquels ils vivent.

(1) Bichat, *Anat. gén.*, *Considérations gén.*

mais ils possèdent en eux-mêmes une force de réaction qui tend constamment à les ramener à leur état normal. C'est elle, par exemple, qui maintient la chaleur animale à une température à peu près égale sous les latitudes les plus opposées ; c'est encore elle qui explique comment la main que l'on plonge dans de l'eau à la glace, devient, quelques instans après qu'elle en est retirée, plus chaude qu'avant son immersion. Tous les physiologistes, en général, ont parlé de cette force de réaction, qui, selon Bichat, constitue la vie.

Cette action, que le milieu dans lequel nous vivons exerce sur nous, et cette réaction de l'organisme vivant, servent d'une manière essentielle à l'entretien de la vie, et ne troublent nullement l'harmonie qui règne dans le corps humain. Mais si l'équilibre entre ces deux forces se trouve rompu par une cause quelconque, il en résulte une perturbation, un désaccord de la force vitale, en d'autres termes, une maladie. Toute maladie a un état d'incubation pendant lequel elle affecte l'économie tout entière. Aussi l'homœopathie n'admet d'affection morbide locale que comme prédominance. Pour elle, la maladie doit nécessairement affecter toute l'économie à son origine, ici pour peu, là pour beaucoup; et cela, par la raison que, si la vie est multiple, dans ses modes de manifestation, considérée en elle-même, elle est une et indécomposable, et que la cause morbide qui frappe un point quelconque de l'économie réfléchit instantanément ses modifications sur l'ensemble.

Cette théorie du dynamisme vital a paru à Hahnemann d'une importance majeure, et il a su en tirer des conséquences immenses pour la pratique de la médecine. Jusqu'à lui, la physiologie seule avait constaté cette force; mais la médecine semblait l'avoir mise en oubli, comme une chose de pure spéculation. L'école *anatomico-pathologique*, plus occupée de l'étude des lésions organiques que des moyens de les prévenir et de les combattre, a localisé de plus en plus les maladies, tandis que la thérapeutique homœopathique se montre, au contraire, fondée en grande partie sur la théorie du dynamisme vital, comme nous allons le faire voir dans un instant.

Mais avant d'aller plus loin, je dois faire preuve d'impartialité, en adressant quelques reproches à l'homœopathie, ou plutôt aux médecins, qui se sont tenus à la lettre, sans s'attacher à l'esprit de cette théorie médicale. Hahnemann a reproché avec raison à l'ancienne école d'attacher trop d'importance aux lésions matérielles, et de vouloir trop localiser les maladies ; il s'est efforcé d'appeler l'attention sur les lésions de sensation et sur les symptômes généraux qui doivent être pris en considération dans le traitement des maladies. Mais peut-être a-t-il dépassé le but qu'il se proposait, en proscrivant d'une manière trop absolue et les cadres nosologiques et l'anatomie pothologique. Sans doute l'école physiologique a eu le grand tort de rassembler sous une même dénomination des individualités morbides qui différaient entre elles, et par conséquent de faire plier la nature à ses descriptions; ce qui a fait commettre des fautes énormes en thérapeutique ; elle a aussi accordé une importance exagérée à l'anatomie pathologique; mais, malgré toutes ses erreurs, elle a rendu des services signalés à la science, en perfectionnant le diagnostic des maladies.

Certains médecins homœopathistes, nous le répétons, prenant à la lettre la parole de Hahnemann, ne voient dans les maladies que des lésions de sensations ou de fonctions ; ils ne tiennent aucun compte ni des symptômes locaux ni des lésions de tissu, et sont conduits ainsi à l'empirisme le plus aveugle et le plus honteux. Ils ne savent éviter un écueil que pour tomber dans un autre aussi dangereux, ils ne comprennent pas qu'il faut rattacher les indications thérapeutiques aux lésions de sensation, de fonction et de tissu, et ils ne prennent en considération qu'un seul de ces élémens du diagnostic. Aussi ne faudrait-il pas s'étonner si, dans leurs mains, l'homœopathie ne rendait pas tout ce qu'on a droit d'en attendre. Ce serait la faute des hommes et non de la doctrine.

J'abandonne avec plaisir la critique pour donner des louanges bien méritées au fondateur de l'homœopathie pour son ingénieuse conception sur les maladies chroniques. Mais, avant de développer cette théorie, il convient de fixer les idées qu'il faut attacher à l'expression de maladies chroniques, afin d'éviter toute équivoque. M. Broussais et tous les pathologiques désignent sous cette dénomination les maladies aiguës qui se prolongent au delà de leur durée habituelle sous l'influence d'écarts dans le régime ou de toute autre cause extérieure. Selon Hahnemann, au contraire, les maladies chroniques sont constamment produites et entretenues par une cause interne, infectant tout l'organisme et susceptible de se manifester à l'extérieur sous les formes les plus variées. Il nomme ces causes internes *miasmes chroniques*, et en admet trois qui sont : la *psore*, la *syphilis* et la *sycose* ou maladie des fics. Ces trois miasmes chroniques sont contagieux ; au moins à l'origine de l'infection, c'est-à-dire lorsque leurs symptômes primitifs existent encore. Ils sont transmissibles par voie de génération, lors même qu'ils sont devenus méconnaissables par les transformations qu'ils ont subies.

La psore ou miasme de la gale se présente primitivement sous la forme d'une éruption trop connue pour que je m'arrête à la décrire. Mais ce qui est beaucoup moins connu, c'est la facilité avec laquelle elle se transforme dans une variété prodigieuse d'affections morbides. Cette transformation a surtout lieu, lorsqu'on répercute le symptôme primitif par un traitement local. Hahnemann regarde la psore comme un véritable Protée, revêtant toutes les formes morbides, et pouvant envahir tous nos organes et tous nos tissus. Il lui attribue l'origine des affections scrofuleuses, dartreuses, cancéreuses, nerveuses, etc., qui depuis tant de siècles affligent l'espèce humaine sans que la médecine ait eu la puissance de la secourir d'une manière efficace.

Le miasme de la syphilis offre toujours pour symp-

tôme primitif des ulcérations ou chancres. Mais si on abandonne la maladie à elle-même, et surtout si on fait disparaître les chancres en les traitant localement, elle ne tarde pas à se montrer sous des formes nouvelles et variées à l'infini. Je n'ai pas à décrire les symptômes consécutifs de la syphilis; je ferai seulement observer que ce miasme peut se combiner avec la psore, et rendre ainsi le diagnostic de ces maladies et leur traitement d'une grande difficulté.

Les phénomènes primitifs de la sycose sont des excroissances, des végétations qui s'élèvent de la surface des membranes muqueuses ou de la peau, ou bien des écoulemens par les organes de la génération. Ce miasme chronique a comme les deux précédens de nombreux symptômes consécutifs, et peut s'allier à l'un ou à l'autre pour produire des maladies compliquées.

Nos antagonistes nous objecteront sans doute que ces miasmes sont des entités, des êtres imaginaires qui n'ont d'existence que dans la tête de l'auteur de la doctrine homœopathique. J'avouerai très-franchement qu'ils ne sont tombés sous le sens d'aucun observateur. Par ces expressions, on doit entendre des états particuliers ou du monde extérieur, ou de l'économie vivante, se développant sous l'influence de causes spéciales et se manifestant également par des caractères particuliers. Que la cause profonde de la psore échappe à nos sens, personne ne le conteste : et même, si on le veut, que ces expressions la *psore,* la *syphilis* et la *sycose,* ne soient que des dénominations cherchant à cacher, à dissimuler notre ignorance des causes premières; j'y consens volontiers, pourvu que l'on ne veuille voir dans ces mots que ce que nous y voyons nous-mêmes, à savoir : une maladie spécifique, reconnaissant pour cause une infection de l'organisme, se développant par voie d'incubation et suivant une marche diamétralement opposée à celle que suivent les maladies aiguës; pourvu aussi que l'on reconnaisse que les affections psoriques, syphilitiques et sycosique ne guérissent véritablement que par l'emploi de moyens spécifiques. Aussi, sans nous jeter dans l'hypothèse des entités *miasmes,* nous dirons que nous reconnaissons pour maladies chroniques celles où nous pouvons reconnaître le triple caractère de spécificité dans la cause, dans la marche de la maladie et dans l'agent thérapeutique.

J'ai avancé plus haut que Hahnemann avait tiré de la théorie du dynamisme vital des conséquences immenses pour la pratique de la médecine, et en effet sa loi des semblables, *similia similibus curantur,* repose en grande partie sur cette théorie. La connaissance de la réaction de la force vitale contre les modificateurs extérieurs a dû nécessairement mettre sur la voie de traiter les maladies par des médicamens ayant puissance d'engendrer des symptômes semblables; car elle a fait voir que tout agent thérapeutique détermine toujours deux ordres opposés de phénomènes dans l'organisme vivant : les uns, primitifs, sont dus à l'action du médicament sur nos organes; les autres, consécutifs, appartiennent à la réaction vitale. Cela posé, il fut facile de voir que, loin de guérir les maladies, les contraires doivent les aggraver, puisqu'à leur effet primitif, qui est purement palliatif, succède l'effet secondaire, qui doit s'ajouter aux phénomènes morbides. Je suppose, en effet, qu'en administrant les contraires, vous donniez une dose assez forte pour couvrir, neutraliser les symptômes existans; la maladie sera effacée pendant la durée d'action du médicament; mais cette durée d'action sera très-limitée, et dès qu'elle cessera, les phénomènes morbides reparaîtront, et ils reparaîtront augmentés par la réaction vitale que le médicament aura provoquée. Il s'ensuivra donc que la maladie aura été réellement aggravée. Personne n'ignore que le sommeil provoqué par l'usage de l'opium est suivi d'une insomnie plus forte que celle qu'il était destiné à faire cesser, et qui nécessitera ensuite, pour la combattre, des doses nouvelles et de plus en plus élevées. Les purgatifs augmentent la constipation contre laquelle ils sont dirigés, et les stimulans produisent consécutivement la prostration des forces.

La théorie du dynamisme vital montra à Hahnemann que, si les contraires pouvaient être employés seulement comme palliatifs, les semblables devaient procurer au contraire des guérisons durables. Leur administration doit être suivie à la vérité d'une aggravation des symptômes morbides déjà existans; mais cette aggravation est de courte durée si la dose du médicament est convenable, et elle est suivie d'une réaction de la force vitale qui procure une guérison durable, en effaçant en même temps et les symptômes morbides et les phénomènes primitifs ou d'aggravation. L'examen des spécifiques jusqu'à présent connus en médecine vient encore confirmer la loi des semblables. Le mercure détermine des accidens si semblables à ceux de la syphilis, que, lorsqu'un individu, soumis à plusieurs traitemens mercuriels, présente des symptômes consécutifs, les allopathes eux-mêmes sont souvent incertains sur la nature syphilitique ou mercurielle de ces symptômes. Le quinquina apporte dans l'économie animale des troubles périodiques analogues à ceux qu'il guérit; et tout le monde sait, enfin, que la vaccine amène à la suite de son inoculation une éruption de boutons très-semblables à ceux de la petite-vérole.

La loi des semblables ou de spécificité que je viens de montrer appuyée sur le raisonnement et sur l'analogie, fournissait bien un guide constant et sûr à la thérapeutique; mais, pour que cette précieuse découverte devînt réellement utile, il était nécessaire de connaître d'une manière précise et rigoureuse l'action des médicamens dont on désirait faire usage; autrement il était de toute impossibilité de savoir si on employait un semblable ou un contraire. Hahnemann ne pouvait rien emprunter à la matière médicale allopathique, puisque, comme nous l'avons déjà dit, les médecins de cette école n'ont presque jamais administré isolément un médicament, ou bien, s'ils l'administraient ainsi, c'était toujours chez un individu malade, ce qui était un obstacle invincible pour découvrir les vertus de la substance employée. Il fallait donc abandonner la routine suivie depuis tant de siècles, pour

adopter une nouvelle méthode d'expérimentation ; c'est ce que fit Hahnemann. Il vit très-bien que la chimie serait constamment impuissante pour nous dévoiler les propriétés curatives des médicamens, et que la connaissance de leur composition intime était tout aussi vaine et illusoire pour arriver à ce but, que celle de leur forme, de leur couleur, de leur saveur et de leur odeur. Lorsqu'on veut connaître l'action d'un corps sur un autre corps, il faut d'abord les mettre en rapport l'un avec l'autre, et ensuite les soustraire, autant que possible, à l'action des autres agens environnans ; aucune autre manière de procéder ne peut amener à cette découverte. Aussi Hahnemann suivit-il cette marche pour constater la vertu curative des médicamens. Il expérimenta d'abord sur lui-même, puis sur des personnes d'âge et de sexe différens, mais dans un état de santé aussi parfaite que possible. Il nota avec soin tous les phénomènes anormaux qui se montrèrent chez chaque individu, et il lui fut possible de cette manière d'arriver à préciser ceux qui n'étaient qu'accidentellement déterminés par la constitution, l'âge, le sexe, etc. Il procéda ainsi avec une patience et une sagacité admirables à la recherche des vertus médicamenteuses d'un grand nombre de substances, et commença à poser les bases d'une matière médicale qu'il établit d'une manière inébralable.

L'expérimentation pure, ou telle que nous venons de l'expliquer, mit Hahnemann sur la voie de modifier la préparation des médicamens et d'arriver à la théorie des doses infinitésimales. Il découvrit, en effet, que tous les médicamens acquéraient une nouvelle énergie d'action, lorsqu'ils étaient soumis pendant longtemps à la trituration ; il s'aperçut même que des substances sans action sur l'organisme, acquéraient des propriétés très-énergiques lorsqu'elles étaient soumises à cette préparation. Tel est le *lycopode*, poudre inerte, dont on pourrait prendre impunément des doses énormes, et dont un décillionième de grain modifie puissamment l'économie, lorsqu'il a subi la préparation homœopathique. Il semble, comme le dit très-bien Hahnemann, que le frottement développe la puissance virtuelle des médicamens.

« Ce n'est pas seulement, dit-il, l'égale diffusion » de la goutte médicamenteuse dans une grande quantité de liquide non médicamenteux, qui rend les » dilutions propres aux usages de l'homœopathie. Le » frottement ou les secousses qu'on emploie en préparant des remèdes, déterminent dans le mélange un » changement d'une incroyable portée, et tellement » salutaire au-delà de tout ce qu'on peut s'imaginer, » que le développement et l'exaltation de la vertu dynamique des médicamens, qui en est la conséquence, » mérite d'être mis au nombre des grandes découvertes » de notre époque.

» Jusqu'ici on n'avait fait que soupçonner, d'après » quelques faits, le changement physique et le développement d'énergie que le frottement produit dans » la matière ; mais on ne se doutait même pas des effets surprenans qui pourraient résulter de l'application de la même méthode à l'exaltation des vertus » dynamiques dont les médicamens jouissent.

» Le peuple seul croit encore à l'inertie de la matière, » qui peut être amenée à faire sortir de son intérieur » des forces d'une énergie surprenante. »

On pourra peut-être concevoir comment agissent des doses si faibles de médicamens si on se rappelle la loi *similia similibus curantur*, qui dirige exclusivement la thérapeutique homœopathique. En effet, les médicamens mis en usage par elle devant produire dans leur action primitive des symptômes semblables à ceux de la maladie, une très-faible dose doit suffire pour aggraver les phénomènes morbides d'une manière marquée. C'est ainsi qu'un choc, même très-léger, imprimé à une boule dans le sens du mouvement qui l'entraîne, produira un effet appréciable, tandis que son action se perdrait inaperçue, s'il avait lieu dans un sens opposé.

J'avais apporté la plus grande attention dans l'examen des questions que soulève l'homœopathie ; mais cela ne suffisait pas pour m'éclairer sur la valeur et la réalité de cette théorie médicale. Je devais la soumettre à une série d'expériences, avant d'admettre comme vrais ses principes, qui renversaient toutes mes idées médicales. Il se présentait d'abord deux choses à vérifier, la loi des semblables et l'action positive des médicamens homœopathiques pris à doses infinitésimales : car je me gardai bien d'imiter l'Académie de médecine, qui a trouvé plus commode de condamner une doctrine qu'elle ne connaissait pas, que de l'étudier et de la soumettre à l'expérience. Au reste, que les homœopathes s'en consolent, en se rappelant *Galilée* faisant amende honorable devant l'Inquisition !

Je commençai par remplir les conditions prescrites par Hahnemann pour faire des expérimentations pures, et je pris ensuite, l'un après l'autre, différens médicamens ; je pris entre autres le soufre et l'arsenic. Ces substances, préparées homœopathiquement et à la trentième dilution, déterminèrent sur moi une partie des phénomènes qui sont attribués à leur action dans la *Matière médicale*. Plusieurs personnes de ma connaissance expérimentèrent aussi sur elles quelques médicamens préparés de la même manière et de la trentième dilution, et toutes éprouvèrent comme moi des phénomènes qui ne pouvaient évidemment être attribués qu'à l'action des médicamens employés. Il me resta donc démontré que les substances médicamenteuses, préparées homœopathiquement et administrées à la dose d'un décillionième de grain, jouissaient d'une action incontestable sur l'homme en santé. Ce fait paraîtra prodigieux à ceux qui n'y ont pas réfléchi ; mais je ferai remarquer que, sans parler de l'action de l'électricité, du galvanisme, etc., qu'il nous est impossible d'expliquer d'une manière satisfaisante, l'action des odeurs, quelquefois si puissante sur notre système nerveux est incontestable et cependant tout aussi étonnante : car les atomes qui s'échappent des corps odorans pour venir frapper notre membrane pituitaire, sont encore plus déliés et plus divisés que ces médicamens homéopathiques.

Éprouvant de la répugnance à soumettre les personnes qui m'accordaient leur confiance aux expériences nécessaires pour constater l'efficacité de la loi des semblables dans le traitement des maladies, la Société homœopathique de Paris m'a fourni à son dispensaire tous les moyens de recueillir des faits capables d'établir ma conviction. Pendant six mois, j'ai suivi très-assidument la consultation gratuite de M. le docteur *Léon Simon*, et je n'ai pas tardé à reconnaître les résultats très-satisfaisans de l'application de cette loi. J'ai pu observer des guérisons très-remarquables, obtenues sous mes yeux à l'aide de médicamens administrés d'après la loi des semblables et à des doses infinitésimales. Une circonstance que je dois signaler à l'attention de mes lecteurs, c'est ce que la plupart des malades qui se présentent au dispensaire homœopathique, ont déjà épuisé toutes les ressources de la médecine allopathique, et ont même été traités le plus ordinairement dans les hôpitaux par quelque médecin justement renommé. Ainsi, il devient évident que, lorsque l'homœopathie guérit dans ces cas, elle est plus puissante que l'allopathie.

Il me fut impossible de mettre en doute plus longtemps la vérité de la doctrine médicale homœopathique, et sa supériorité resta pour moi démontrée. Cependant si on me demandait : la médecine allopathique doit-elle être proscrite dans tous les cas de maladie qui peuvent se présenter? je répondrais négativement, tout en avouant qu'il me paraît impossible, dans l'état actuel de la science, de préciser les circonstances qui doivent y faire recourir. La limite à poser entre le domaine de l'une et de l'autre méthode médicale, me paraît encore insaisissable. Je vais cependant essayer de déterminer quels cas de maladies doivent être abandonnés à l'allopathie, et, pour cela, je commencerai par examiner ses moyens de traitement et les résultats qu'elle obtient dans chaque classe d'affections morbides.

Si nous prenons d'abord les maladies épidémiques ou contagieuses, nous voyons que la médecine allopathique en abandonne la guérison aux seules forces de la nature, comme dans la scarlatine, la rougeole, la variole, le typhus, etc.; ou bien elle se perd dans le vague et l'incertain, tel qu'il a été facile de le constater dans la malheureuse épidémie qui vient de ravager les trois quarts de l'Europe. Dans ces maladies, la supériorité de l'homœopathie est incontestable. L'homœopathie nous fait connaître des spécifiques capables de prévenir ou au moins de guérir promptement et sûrement quelques-unes d'entre elles; telle est la puissance de la belladonne dans la scarlatine, de l'aconit dans la miliaire, de la *drosera rutundifolia* dans la coqueluche épidémique, etc. Dans les cas moins heureux où le spécifique n'est pas encore connu, elle nous fournit les moyens de combattre avantageusement les maladies épidémiques, en diminuant leur durée et le danger auquel elles exposent le malade.

Les maladies aiguës proprement dites, ou sporadiques, sont celles qui offrent les chances les plus favorables à la médecine ordinaire, et encore, si nous remarquons qu'elle n'obtient de succès qu'en affaiblissant considérablement ses malades, ce qui rend toujours les convalescences longues, nous la proscrirons toutes les fois que l'homœopathie nous paraîtra applicable. Je dis toutes les fois que l'homœopathie nous paraîtra applicable : car cette méthode ne peut guérir si les forces vitales sont tellement déprimées ou affaiblies, que toute réaction devienne impossible. Cela paraîtra hors de doute, si on fait attention à la manière d'agir des médicamens homœopathiques, qui ne guérissent jamais que par leur effet secondaire ou de réaction, et dont l'effet primitif agit dans le sens de la maladie, c'est-à-dire en l'aggravant. Il devient dès lors évident que, dans le cas où les forces vitales sont déjà presque abolies, le médicament homœopathique doit les éteindre tout à fait, loin de déterminer la réaction, sans laquelle il n'y a pas de guérison possible. Hahnemann lui-même conseille d'avoir recours aux moyens allopathiques, lorsque les forces vitales sont tellement déprimées, que la vie s'éteindrait auparavant que l'organisme pût réagir sous l'influence des médicamens homœopathiques; c'est ce qui arrive dans la syncope et dans les asphyxies. Il conseille d'y recourir encore, lorsqu'on peut faire cesser tous les accidens en enlevant la cause occasionnelle ou en la neutralisant. C'est ainsi que, dans les empoisonnemens, on tâchera de faire vomir le malade ou de neutraliser la substance vénéneuse à l'aide de son antidote, si la chimie l'a fait connaître. Je chercherais encore à provoquer des vomissemens dans un cas d'indigestion.

Je pense que dans les apoplexies cérébrales et pulmonaires, dans ces congestions sanguines, violentes et instantanées, qui se font quelquefois dans certains organes, la saignée peut être fort utile, et qu'on doit y recourir. On agira de même dans les hémorrhagies effrayantes qui surviennent tout à coup, et qui, dans quelques instans, compromettent l'existence du malade. Mais la saignée, salutaire dans les premiers momens de l'accident, devient bientôt insuffisante, et il faut se hâter de recourir aux moyens homœopathiques appropriés, afin de prévenir une récidive. Peut-être même la saignée serait-elle encore salutaire dans l'inflammation du poumon et de certains organes parenchymateux, où elle semble tirer mécaniquement le sang qui engorge l'organe malade. Peut-être une saignée pratiquée dans ce cas et chez un sujet fort et sanguin, favoriserait-elle l'action des remèdes homœopathiques; mais elle ne pourrait, d'ailleurs, les remplacer dans aucune circonstance.

Quant aux révulsifs, tels que les bains de pied, les sinapismes, les vésicatoires, etc., l'expérience pourra seule nous apprendre s'ils doivent être conservés, et quelle place ils devront occuper dans la thérapeutique. Au reste, ils me semblent réservés à produire quelque palliation dans les maladies qui sont au-dessus des ressources de notre art, et surtout à déplacer celles qui attaquent brusquement un organe essentiel à la vie.

Il est une autre classe de maladies que l'allopathie produit de toute pièce, qu'elle soupçonne à peine, et qu'elle est tout à fait impuissante à guérir; je veux

parler des maladies médicinales. Elles sont beaucoup plus communes qu'on ne le pense généralement, et elles sont dues, comme leur nom l'indique, à l'abus des médicamens. On doit s'étonner seulement qu'elles ne soient pas plus répandues, quand on voit avec quelle prodigalité les médecins allopathistes usent des agens thérapeutiques. En effet, il est peu de malades traités par cette méthode, qui n'en fussent affectés si la nature ne savait pas se débarrasser des doses énormes qui lui sont administrées, par des évacuations abondantes et même quelquefois excessives. Souvent alors, l'organisme est assez puissant pour porter ainsi au dehors ces substances nuisibles, et guérir la maladie malgré leur administration; et alors le médecin se glorifie de son succès!

Il existe cependant deux médicamens dont l'influence se fait ressentir plus profondément dans l'organisme vivant, et dont la nature ne semble pas avoir puissance de se débarrasser à l'aide d'évacuations. Ces substances sont le kina et le mercure. Quel est le médecin qui n'a pas observé des symptômes morbides graves à la suite de leur administration inconsidérée? Tous les praticiens admettent aujourd'hui, comme j'ai déjà eu occasion de le dire, que les accidens regardés anciennement comme consécutifs à la syphilis, sont le plus souvent dus à l'abus du mercure, et depuis longtemps on a attribué au kina les engorgemens du foie et de la rate qui se montrent pendant le cours ou à la suite des fièvres intermittentes.

Il y a peu de temps que j'ai été à même d'observer une fièvre intermittente produite par l'usage des préparations de kina. Voilà le fait : J'accouchai, il y a trois mois environ, une jeune femme de son premier enfant. L'accouchement fut long et pénible, et à sa suite survint une perte qui, dans peu d'instans, menaça de compromettre l'existence de l'accouchée; je fus assez heureux pour m'en rendre maître, et les suites de couche se passèrent sans autre accident; mais les forces de la malade, épuisées par la perte de sang qui avait eu lieu, ne revenaient pas; les fonctions languissaient; il y avait peu d'appétit et les digestions étaient pénibles, etc. Je prescrivis de prendre chaque jour trois pilules composées avec un grain de sulfate de quinine et deux de deutoxide de fer pour chacune d'elles. Au bout de deux jours, les forces revenaient, les digestions étaient moins pénibles, et je m'applaudissais d'avoir eu recours à ces pilules, lorsque, le quatrième jour de leur usage, il survint un accès de fièvre intermittente avec frisson intense, chaleur et sueur qui dura plusieurs heures; le lendemain, un nouvel accès revint à la même heure que le jour précédent. Alors mon attention se porta sur le sulfate de quinine qui entrait dans la composition des pilules; et comme l'homœopathie m'avait enseigné que cette substance ne guérissait les fièvres intermittentes que parce qu'elle avait la puissance de les engendrer, je fis suspendre son usage, et la fièvre intermittente disparut pour ne pas revenir.

Si nous passons maintenant à la classe des maladies chroniques ou miasmatiques, il n'y a plus aucune comparaison possible à établir entre les deux méthodes. L'une est aussi puissante que l'autre est insuffisante et illusoire. Si nous mettons hors de cause la syphilis pour laquelle l'allopathie possède le spécifique, et que cependant elle traite encore si mal, nous avançons qu'elle ne guérit pas une seule maladie de cette classe, à moins que le hasard ne lui fasse mettre la main sur le spécifique. Mais n'allez pas croire que cette faveur du hasard lui soit profitable pour l'avenir; comme elle ne possède aucune loi générale pour la diriger, elle appliquera ce spécifique dans une foule de maladies où il n'est pas approprié, et l'insuccès de ce médicament le replongera dans l'oubli d'où le hasard l'avait fait sortir pour un instant.

Il faut cependant avouer que l'allopathie peut rendre quelques services dans le traitement des maladies chroniques; c'est lorsqu'elles sont parvenues à leur dernière période, lorsqu'elles ont porté une atteinte profonde à un organe essentiel à la vie, lorsqu'elles ont commencé à désorganiser son tissu. A cette période désespérée de la maladie, l'homœopathie peut être utilement unie à l'allopathie, et avant de se décider pour l'une ou l'autre; le médecin homœopathiste aura bien à mesurer la puissance de réaction vitale qui reste à son malade; et dans le cas où il lui semblerait que la maladie est trop avancée pour que cette réaction ne lui fasse pas défaut, mieux vaudra recourir à l'emploi de moyens allopathiques, qui, n'attaquant jamais la maladie que par une voie détournée, suffira pour éloigner le terme fatal. Ainsi, dans le traitement des maladies chroniques, l'allopathie n'est utile que dans les cas absolument incurables.

Les ouvrages homœopathiques de matière médicale ont été conçus jusqu'à ce jour dans un esprit tout à fait empirique, ce qui rend d'une difficulté extrême le choix des médicamens appropriés à un cas de maladie. Aujourd'hui, le médecin homœopathiste doit donc s'attendre à rencontrer des difficultés sans nombre dans sa pratique; il doit être averti qu'aucune doctrine médicale n'exige autant d'attention et de sagacité dans son application. Au reste, je vais laisser parler Jahr, auteur d'un Manuel des médicamens homœopathiques: « Quand l'homœopathie, dit-il, érige l'axiome *similia* » *similibus curantur* en principe suprême de la méde- » cine, et renvoie pour les moyens d'exécution à la » matière médicale pure qu'elle-même a créée, rien » ne semble plus facile, au premier aperçu, que de » fonder sur cette règle une pratique heureuse et sûre. » En trois heures on peut apprendre l'art tout entier, » affirment ceux qui le rejettent sans prendre la peine » de l'étudier; tant de temps même n'est point néces- » saire, au dire de certaines personnes, qui s'imagi- » nent qu'en consultant à chaque cas de maladie un » répertoire de symptômes provoqués par les médica- » mens, on peut, dans le court espace de quelques mi- » nutes, reconnaître sans hésitation le remède qui gué- » rira d'une manière certaine et presque miraculeuse. Il » serait à désirer que la chose fût réellement ainsi; » mais pour peu qu'on ait essayé de l'homœopathie au

» lit du malade, on s'en fait une idée, plus vraie, et » l'on sait quelles immenses difficultés présente l'ap- » plication d'une théorie si simple en apparence.

» Car ce n'est point, ajoute-t-il plus loin, une agré- » gation de symptômes minutieusement recueillis, mais » l'ensemble, en quelque sorte organique, des phéno- » mènes inhérens à la nature et à l'individualité même » du médicament, qui doit correspondre exactement à » la nature et à l'individualité du trouble de l'orga- » nisme dont les symptômes morbides sont l'expression, » pour que cette substance soit le remède qu'on recher- » che, le véritable spécifique, le moyen qui doit guérir avec promptitude et sécurité. »

Que cette grande difficulté dans l'exercice de la médecine homœopathique ne décourage pas les médecins; je parle ici à ceux qui auront le courage d'abandonner leurs vieilles idées pour étudier avec conscience la réforme que subit en ce moment l'art de guérir; qu'ils réunissent tous leurs efforts pour arriver à une heureuse application de nos connaissances diagnostiques à l'homœopathie et bientôt, appuyés sur elles et sur l'anatomie pathologique, ils parviendront à surmonter la plus grande partie des obstacles qui nous arrêtent encore aujourd'hui. Déjà, M. le docteur Léon Simon est parvenu à nous donner dans ses cours une classification des maladies, conçue d'après ce point de vue. Espérons que nos confrères suivront son exemple, et que l'honneur de faire fructifier et de perfectionner la grande et belle conception de Hahnemann appartiendra aux médecins français.

J'ai dit comment je concevais l'homœopathie, en quoi consistaient sa puissance et sa supériorité sur la doctrine allopathique. J'ai essayé aussi de dire l'étroite sphère dans laquelle l'allopathie peut s'exercer avec fruit, et j'espère que l'avenir ira toujours en circonscrivant le champ de son application : car il en est de l'homœopathie comme de toutes les choses de ce monde, elle doit être soumise à la loi de développement successif, de perfectionnement progressif, qui est le propre de toutes les découvertes humaines. Si j'ai rapidement indiqué ce qui lui manque, c'est que je n'ai pas cru devoir arrêter l'attention du lecteur sur des inconvéniens que chaque jour efface et corrige. Pleine de vie et de jeunesse, l'homœopathie allemande a été un peu réactionnaire et injuste envers l'allopathie. Ignorant les belles découvertes diagnostiques de la médecine française, Hahnemann adresse à cette dernière une critique qui frappe à faux; et, comme tout inventeur, il est tombé dans une telle admiration de lui-même, que, comme Pygmalion, il est du matin au soir aux pieds de sa statue. Pour mon compte, je ne sais rien de plus respectable que cet enivrement du génie qui lui fait croire qu'il a touché les colonnes d'Hercule; mais ce respect ne peut aller jusqu'à imiter l'inventeur dans ses faiblesses. Témoins, comme nous l'avons été, de deux réformes médicales qui se sont produites en ce siècle, celle de M. Broussais et celle de Rasori où nous avons vu deux hommes également de génie être plus audacieux que Dieu lui-même, et vouloir poser une limite aux progrès humains, je me suis dit que Hahnemann n'avait pas épuisé à lui seul toute la vérité. J'ai donc accepté, et j'accepte sa doctrine, sous la condition d'y ajouter encore où d'y approprier les progrès journaliers qu'elle fait dans les mains des médecins français; je ne me suis pas cru condamné à jeter à mes pieds les richesses que j'avais dans les mains, pour prendre d'autres richesses : j'ai voulu tout garder. Je garde donc de la médecine française ses belles découvertes de diagnostic, et tous mes efforts tendent à les marier avec la symptomatologie hahnemannienne; car je vis dans cette pensée, que Hahnemann a besoin d'être complété par Laënnec, Broussais, et toute notre magnifique école anatomo-pathologique. Quant aux moyens thérapeutiques allopathiques, j'ai dit le cas qu'il en fallait faire, inutile d'y revenir.

Et ceci n'est pas de l'éclectisme : je ne me sens, je l'avoue, aucune sympathie pour ce faux-semblant doctrinal où l'ignorance se cache sous le manteau troué d'une mauvaise méthode.

J'ai pour boussole et pour critérium, d'une part, la loi des semblables, et de l'autre, la théorie du dynamisme vital : et j'avoue que de cette hauteur, il est possible à l'homœopathie de ramener à son point de vue, en le transformant, tout ce qu'il y a de vrai dans les doctrines allopathiques.

Je me trouve encouragé dans cette direction par les efforts que déploient depuis quelques temps certains homœopathes français, et surtout par la direction que M. le docteur Léon Simon a commencé d'imprimer à la science dans les savantes leçons qu'il a faites cette année.

Mais je crains bien que cette dernière partie de ma profession de foi ne me fasse anathématiser par quelques disciples, plus amis de la lettre que de l'esprit, et je redoute qu'ils n'attachent sur mon nom le mot *impur*. Je m'en consolerai en me disant que, dans leur bouche, les mots ont changé d'acception; que ce qu'ils appellent impur, je l'appelle progressif, et que la *pureté*, chez eux, est synonyme d'esprit stationnaire ou rétrograde.

Je terminerai cet opuscule en rapportant quelques observations de guérisons obtenues par un traitement homœopathique. Il me serait très-facile d'en grossir le nombre, mais il n'entre pas dans mon plan de donner un recueil d'observations. Je me propose de publier celles qui ne trouveront pas de place ici, dans un autre travail, dont je m'occupe actuellement.

Première observation. — *Coqueluche.* — Mademoiselle G...., âgée de trois ans, me fut amenée le 10 décembre dernier. Depuis huit jours elle était enrhumée, et la toux étaient devenue convulsive depuis trois jours. Pendant les quintes de toux, qui étaient longues et fréquentes, la jeune malade se trouvait menacée de suffocation, et vomissait ses alimens. La toux était précédée de pleurs, qui continuaient même après l'accès. Il existait de la céphalalgie; la face était rouge et animée, la soif vive, la peau chaude et brûlante, le pouls fréquent : en un mot, il y avait un état fébrile très-marqué.

Deux globules d'aconit, à la trentième atténuation, furent administrés à midi, et le soir deux globules d'ipécacuanha à la douzième, atténuation. Le lendemain matin, 11 novembre, la fièvre était entièrement dissipée, les quintes de toux avaient été moins fréquentes pendant la nuit, et n'avaient été accompagnées qu'une seule fois de vomissement depuis l'administration de l'ipécacuanha. Deux globules de belladone, à la trentième atténuation, furent pris matin et soir, et dès le lendemain, la toux était redevenue catarrhale. Elle se dissipa complétement en peu de jours, et sans qu'il devînt nécessaire d'avoir recours à aucun autre médicament.

Deuxième observation.—Rhumatisme articulaire aigu. — Le nommé D...., homme de peine, demeurant à Paris, rue de la Verrerie, n° 91, me fit appeler, le 21 décembre dernier, pour le traitement d'un rhumatisme articulaire aigu qui occupait l'épaule gauche, les deux genoux et l'articulation tibio-tarsienne gauche. Il existait une céphalalgie violente et des symptômes fébriles très-intenses. Je pratiquai une forte saignée du bras, et je prescrivis pour boisson une infusion de fleurs de guimauve et de bourrache, qui fut prise en grande abondance. Au bout de trois jours, les accidens étaient assez calmés pour que le malade pût reprendre ses occupations journalières.

Le 1er janvier, les douleurs revinrent plus fortes que jamais dans toutes les articulations qui avaient été affectées précédemment, et plus spécialement dans les genoux. Toutes les articulations malades devinrent le siége d'un gonflement assez considérable. La fièvre était forte, le pouls plein et dur. Je pratiquai une nouvelle saignée, je remis en usage la boisson indiquée plus haut, et je fis couvrir les articulations malades de cataplasmes émolliens. Cette médication ne produisit aucune amélioration sensible, et quarante sangsues appliquées sur les genoux ne réussirent pas mieux.

Le 4 janvier, trois globules d'aconit, à la huitième atténuation, furent pris le matin et répétés à midi. Le soir, la fièvre avait perdu de son intensité. J'administrai trois globules d'arnica à la dixième atténuation, et une seconde dose du même médicament fut prise le 5 au matin. Lorsque je vis le malade dans l'après-midi, les douleurs étaient beaucoup moins vives: mais il restait une violente céphalalgie avec de l'agitation et de l'insomnie. Je donnai trois globules de belladone à la trentième atténuation.

Le 6, au matin, il y avait eu du sommeil pendant la nuit; la céphalalgie n'existait plus; les articulations étaient dégonflées, et les douleurs rhumatismales se faisaient à peine sentir. Le 8 janvier, la maladie ne laissait plus aucune trace de son existence, et la guérison était complète.

Troisième observation. — Sycose compliquée de symptômes mercuriels. — La nommée Eugénie, fille publique, âgée de vingt-deux ans, devint enceinte il y a deux ans. Pendant la grossesse il se déclara un écoulement abondant par les parties sexuelles, accompagné de douleurs et de cuissons en urinant. La malade se soumit alors à un traitement qui consista surtout dans l'emploi des préparations de mercure, ce qui n'empêcha pas le developpement de pustules muqueuses sur la face externe des grandes lèvres qui eut lieu quelques mois après l'accouchement. L'écoulement continuait d'être très-abondant, jaune, verdâtre mais indolent. La malade fut de nouveau soumise à deux traitemens consécutifs, dont le dernier fut fait à l'hôpital des vénériens dans les salles de la police.

Lorsqu'elle sortit après six semaines ou deux mois de séjour dans cet hôpital, les symptômes étaient amendés; cependant l'écoulement n'était pas entièrement passé, et une végétation qui avait été excisée était remplacée par une large pustule muqueuse. Quinze jours après sa sortie, son état empira au point de la forcer de se remettre en traitement. Voici les symptômes qu'elle présenta à mon observation: Céphalalgie violente, comme si la tête était dans un étau; coryza chronique avec croûtes jaunes et épaisses dans les fosses nasales: langue rouge à sa pointe et sur ses bords; mal de gorge déterminé par des chancres très-larges, envahissant presque toute la surface des amygdales et se prolongeant sur les piliers du voile du palais; soif vive; appétit nul: toux violente, très-douloureuse, accompagnée d'un grand enrouement et d'une expectoration abondante de mucosités jaunâtres, puriformes: écoulement de matières verdâtres par les organes génitaux: une pustule muqueuse très-large et des végétations sur la surface de la grande lèvre gauche; pustules sèches, d'un rouge cuivré, très-nombreuses et très-rapprochées couvrant le cuir chevelu, la figure, le cou, toute la surface du corps et même la paume des mains et la plante des pieds; engorgement d'un grand nombre de ganglions cervicaux.

Les circonstances commémoratives me firent facilement reconnaître que la plus grande partie des accidens présentés par la malade étaient dus à l'abus des préparations mercurielles, ce qui me fit commencer le traitement par l'administration des antidotes du mercure.

Le foie de soufre fut pris, en conséquence, le 26 février dernier, à la dose de trois globules de la trentième atténuation. Le 9 mars, il n'existait plus ni fièvre ni toux; les chancres de la gorge n'étaient plus douloureux, et avaient perdu plus de la moitié de leur étendue. Les pustules de la face et du corps commençaient à s'éteindre. Trois globules d'acide nitrique à la trentième atténuation furent pris.

Le 5 avril, les pustules continuaient à s'effacer, mais les autres symptômes persistaient. La santé générale s'améliorait d'une manière sensible. Le foie de soufre fut pris de nouveau.

Le 14 avril, les pustules étaient presque complétement effacées, excepté sur les reins et à la paume des mains. Tous les autres symptômes n'étaient pas amendés, et même, la malade ayant commis des écarts dans le régime, l'enrouement et le mal de gorge étaient revenus. J'examinai l'arrière-bouche, et j'aperçus les ulcérations dont les bords étaient blanchâtres, frangés et ressemblant beaucoup à des végétations sycosiques. Je pensai alors que j'avais détruit tous les symptômes dus à l'abus du mercure, et qu'il ne me restait plus à com-

battre qu'une affection sycosique, caractérisée par un écoulement leucorrhéïque et des végétations. D'après cette manière de voir, j'administrai trois globules de thuya occidental à la trentième atténuation, qui sembla diminuer un peu l'écoulement et qui améliora l'état de la gorge.

Le 28 avril, je fis ajouter deux gouttes de teinture mère de thuya dans deux onces d'eau, qui furent administrées par cuillerée tous les matins pendant quatre jours.

Le 20 mai, tous les symptômes avaient disparu et la santé était parfaitement bonne.

Cette observation est fort intéressante sous plusieurs points de vue; et d'abord en ce qu'elle vient à l'appui de la distinction établie par Hahnemann entre la syphilis et la sycose. En effet, nous voyons chez cette malade tous les symptômes primitifs de la cycose; un écoulement par les organes génitaux accompagné de végétations, et aucun de ceux qui caractérisent la syphilis. Aussi, les préparations mercurielles ont-elles été impuissantes pour amener une guérison, et lorsqu'on est venu à en faire abus en soumettant la malade à trois traitemens successifs, nous voyons le mercure engendrer des désordres graves dans l'économie, sans effacer un seul des symptômes existans. Le thuya, antidote de la sycose, triomphe promptement, au contraire, et de l'écoulement et des végétations.

D'un autre côté, cette observation n'est pas moins intéressante, puisqu'elle vient mettre hors de doute la puissance des médicamens homœopathiques pris à des doses infinitésimales. Enfin, elle nous fournit un exemple frappant de l'impuissance de l'allopathie dans le traitement des maladies chroniques, et de l'abus qu'elle fait des médicamens.

Quatrième observation. — Gastro-Entéralgie. — Mademoiselle G.... âgée de vingt-sept ans, a eu dans son enfance beaucoup de gourmes dans la tête. A l'âge de huit ans, elle contracta la gale; et la garda trois ans sans pouvoir la faire passer; alors on la fit disparaître en vingt-quatre heures à l'aide de frictions faites avec une pommade dont nous ignorons la composition. A l'âge de vingt ans, les règles s'établirent avec beaucoup de difficulté. Depuis cette époque, la malade a été sujette aux inflammations d'estomac, qui tous les deux ou trois mois revenaient et empêchaient les alimens les plus doux d'être digérés. Dans cet état, le lait était lui-même rejeté par les vomissemens, et des douleurs insupportables se faisaient sentir dans l'épigastre. Tous les accidens se trouvaient calmés par des applications de sangsues, des bains tièdes, etc.

Etat actuel. — La langue est couverte d'un léger enduit blanchâtre; une soif assez vive se fait sentir après les repas, lorsque la digestion est pénible, ce qui est presque habituel; il y a des renvois gazeux et une douleur au creux de l'estomac et dans les hypochondres, produisant la sensation d'un poids; quelquefois ce sont des tortillemens qui se font sentir dans la région épigastrique. La douleur n'a guère lieu qu'après les repas, et se dissipe en marchant au grand air; souvent aussi, il survient en marchant des élancemens dans l'hypochondre gauche; il existe rarement des coliques; la constipation est telle que les garde-robes n'ont lieu souvent que tous les cinq ou six jours. La menstruation se fait régulièrement; mais elle est souvent précédée de pesanteur de tête, et d'étourdissemens. Le sommeil est bon. La malade est douée d'un caractère vif et colère.

Le 27 décembre, il fut administré trois globules de soufre à la trentième atténuation. Le 4 janvier, il y avait une amélioration sensible dans l'état de la malade; les digestions avaient été moins laborieuses, les douleurs moins vives, et la constipation était diminuée.

Le 11 janvier, le soufre fut donné de nouveau à la même dose que la première fois.

Le 24 janvier, la malade digérait sans douleurs, et les garde-robes étaient régulières.

Le 1er février, tous les symptômes avaient disparu; la malade commençait à reprendre de l'embonpoint, et sa figure n'annonçait plus la souffrance.

Cinquième observation. — Inflammation chronique du col de l'utérus avec leucorrhée. — Madame L.... âgée de vingt-six ans, mère depuis deux ans, a eu pendant longtemps, dans son enfance, de la gourme dans la tête. Elle se plaint d'avoir depuis un an des flueurs blanches abondantes, accompagnées de tiraillemens d'estomac.

État actuel. — Céphalalgie frontale se faisant sentir particulièrement dans la tempe gauche, avec sensation de ballottement, lorsque la malade se baisse; coryza chronique, donnant lieu à un écoulement de mucosités jaunes épaisses, et à la formation de croûtes dans les fosses nasales, gencives gonflées, saignant facilement; dents cariées, langue mâchée; bouche mauvaise, amère; tiraillemens et faiblesse d'estomac avant les repas, et sensation de pesanteur après avoir mangé; constipation si opiniâtre que les garde-robes n'ont souvent lieu que tous les huit jours; urine rouge, épaisse, déposant abondamment; menstruation régulière, précédée et acompagnée de maux de reins et de coliques dans le bas-ventre; leucorrhée abondante, tachant le linge en jaune verdâtre, sensation de pression et de pesanteur vers les organes génitaux; élancemens dans les aines et à la partie interne et supérieure des cuisses, douleurs de courbature dans les membres. Le toucher fait éprouver de la douleur à la malade lorsque le doigt arrive au col de l'utérus, qui est sensiblement tuméfié. Il existe à la face et dans le dos une éruption furonculeuse habituelle, accompagnée de démangeaison. Madame L... est douée d'un caractère craintif et irascible.

Les croûtes laiteuses dont la malade avait été affectée dans son enfance, et l'éruption furonculeuse habituelle, montraient assez l'existence de la psore héréditaire; mais, comme il existait depuis plusieurs jours un état inflammatoire, accompagné de fièvre, je commençai par administrer, le 5 mars dernier, deux doses d'aconit, de trois globules de la huitième atténuation chaque, et une dose de belladone (trois globules, 30;

qui calmèrent tous les accidens inflammatoires, et quatre jours après, une dose de soufre (trois globules, 24) fut prise. Pendant deux jours, il survint une démangeaison insupportable par tout le corps, et les maux de tête furent aggravés. Après ce temps, ces deux symptômes diminuèrent et s'effacèrent complétement ; l'éruption furonculeuse disparut aussi.

Le 13 mars, le thuya occidental (trois globules, 30) fut donné contre l'écoulement, et le 27, l'acide nitrique. Sous l'influence de ces médicamens, l'écoulement changea de couleur, il devint semblable à du blanc d'œuf un peu abondant.

Le 10 avril, le pétrole (trois globules, 30), fut pris et fit cesser presque entièrement la leucorrhée : mais, comme il restait un peu de sensibilité au col de l'utérus, une dose de noix vomique vint terminer le traitement ; la malade jouit d'une santé parfaite que depuis un an elle ne connaissait plus.

Sixième observation. — Dartres squammeuses humides. — Mademoiselle H..., âgée de douze ans, d'un tempérament éminemment lymphatique, est née d'un père et d'une mère qui ont eu la gale dans leur enfance, et qui sont actuellement dartreux. A l'âge de quatre ans, mademoiselle H... fut affectée d'une ophthalmie chronique, et à peu près à la même époque il se forma un abcès derrière une oreille. Il y trois ans environ, la peau de toute la surface du corps, mais plus spécialement celle des membres, devint rugueuse et couverte de petites écailles.

Au mois d'avril 1834, les dartres s'enflammèrent et prirent le caractère de dartres squammeuses humides ; le cou, la partie supérieure du dos et les membres supérieurs ne formaient guère qu'une plaie. De légères ulcérations se montraient aussi aux jarrets. Les dartres restèrent dans cet état pendant six semaines ou deux mois, et reprirent ensuite peu à peu leur caractère primitif.

L'année suivante, les accidens se renouvelèrent avec un peu moins d'intensité ; mais la maladie offrit absolument les mêmes caractères, qu'elle conserva pendant plusieurs mois.

Au mois de novembre dernier, la jeune malade fut soumise à un traitement homœopathique. Voilà l'état dans lequel elle était alors : Fréquentes céphalalgies frontales, élançantes, se faisant particulièrement ressentir dans les tempes et à la racine du nez ; depuis six mois, migraines revenant de temps en temps. Coryza chronique avec des croûtes et des galons dans les narines ; souvent soif entre les repas : sensation de barre dans l'estomac et de gonflement après avoir mangé, qui force à desserrer les vêtemens; coliques ; toux habituelle, avec expectoration de mucosités épaisses, blanches ou jaunâtres ; douleur entre les épaules en respirant ; souvent douleur de courbature dans les membres. La peau du front, de la tempe, de la paupière droite et des membres inférieurs, est couverte de dartres squammeuses sèches ; celle du cou, de la partie supérieure du dos et des membres supérieurs, offre des dartres qui donnent lieu à un léger suintement habituel.

Le sommeil est lourd, et cependant il est troublé souvent par des rêves effrayans. La malade est douée d'un caractère timide, impressionnable, et d'une humeur inégale.

Le 4 novembre, une dose de soufre de trois globules, de la trentième atténuation, fut administrée, et le 18 une même dose de carbonate de chaux. Le 29, trois globules de graphite de la trentième atténuation furent pris ; le 6 décembre, une dose de soufre (trois globules, 30), et le 20, une dose de mercure soluble (trois globules, 30). La peau était moins écailleuse, et les dartres du cou, du dos et des membres supérieurs ne donnaient plus lieu à aucun suintement. Le teint de la jeune malade était plus vermeil, et sa constitution semblait s'être améliorée.

Le 5 janvier, le soufre fut pris de nouveau, et le 20, le mercure soluble.

Le 7 février, une dose de douce-amère (trois globules, 30) fut administrée, et une seconde dose du même médicament le 20.

Le 5 mars, trois globules d'or à la trentième atténuation furent donnés, et leur administration fut suivie d'une augmentation des croûtes et des galons des narines; mais au bout de vingt jours, les narines étaient tout à fait guéries.

Le 28 mars, le romarin sauvage fut administré, et le 10 avril, le même médicament fût répété. Les dartres du corps avaient entièrement disparu ; il ne restait plus que celle qui occupait la tempe et la paupière gauches. Une dose de bryone l'a beaucoup améliorée : et ajourd'hui la peau reste encore un peu rude; mais il n'existe plus de dartres. La jeune personne a beaucoup grandi pendant le traitement, et sa constitution s'est fortifiée et améliorée.

Considérations sur l'administration et la répétition des médicamens dans les maladies aiguës et chroniques ; par Léonce Lenormand.

Depuis la découverte de la doctrine médicale homœopathique, une question bien grave a préoccupé les esprits de ses partisans, tant allemands que français : c'est la question de l'administration et de la répétition des doses des médicamens, dans le traitement des maladies aiguës et chroniques. Bien des volumes ont été écrits, bien des polémiques se sont engagées et terminées sans amener sur ce sujet aucune solution satisfaisante. Au milieu d'une foule d'opinions contradictoires, nous ne rappellerons ici que l'idée à laquelle, dans ces derniers temps, semble s'être arrêté un homœopathiste distingué, le docteur Hœring. Il veut que dans les maladies chroniques les médicamens soient répétés, d'abord tous les trois ou quatre jours, puis à un intervalle de sept, puis de quinze, enfin de vingt-un jours : idée bien étrange qui, au lieu de sentir chaque existence d'homme comme soumise à une loi logique, prétend les ramener toutes en masse, et simultanément, à une formule mathéma-

tique! Comme si l'énergie vitale était chez tous la même, comme si la force de réaction, comme si l'impressionnabilité pouvaient être égales dans des individus d'âges, de sexes, de tempéramens différens, vivant sous des influences et dans des milieux variables à l'infini!

Que l'on nous permette de signaler ici une erreur dans laquelle sont tombés et tombent encore journellement une foule de praticiens : nous voulons parler de l'aggravation homœopathique, fait qui rentre entièrement dans le sujet que nous voulons traiter.

On semble admettre assez généralement que, dans une affection quelconque, lorsque l'homœopathicité du médicament est parfaite, le phénomène si remarquable d'aggravation doit se prononcer d'une manière excessive, souvent même effrayante ; et alors, partant de là, on se félicite quand on a produit une de ces énormes aggravations, peut-être même pourrait-on dire que beaucoup cherchent à les produire. Et cependant, combien de déceptions ne sont-elles pas venues renverser ces espérances, trop facilement conçues et appuyées sur des bases aussi fragiles! Et quelle en est la raison? C'est que l'on attache généralement une importance trop grande à ce fait d'aggravation, qui, pour tous ceux qui l'ont observé attentivement dans les cas où il se montre avec une extrême violence, bien loin d'être un symptôme de guérison prochaine, n'est bien souvent, au contraire, que l'annonce de l'issue la plus défavorable. C'est ce que nous allons démontrer.

Quels sont les sujets sur lesquels ces aggravations se montrent avec le plus de violence? Évidemment, ce sont les individus atteints de maladies chroniques existant depuis de longues années ; ce sont des malades minés depuis longtemps par les progrès toujours croissans d'une affection désorganisatrice ; ce sont des constitutions faibles et débiles, appauvries encore par des habitudes de vie voluptueuse, ou de débauche, ou d'onanisme ; tous individus dont la force vitale, depuis longtemps annihilée, n'offre plus contre l'énergie du médicament aucune réaction. Ce sont encore (et ceux-ci sont les plus nombreux) des malades dont la vie fut usée par un usage immodéré de médicamens héroïques, ou par l'abus de stimulans énergiques, comme le *thé*, le *café*, qui, bien que considérés par eux comme des alimens, sont pourtant, ainsi que l'expérience le démontre chaque jour d'une manière irrécusable, de véritables médicamens. Et, pour dire en passant quelques mots sur ces affections médicinales, combien ne rencontre-t-on pas dans la pratique de malades qui, atteints depuis longtemps d'affections chroniques accompagnées d'horribles souffrances, ont commencé, pour calmer leurs douleurs, par user chaque jour d'une petite quantité d'*opium*, ce calmant universel, puis forcés d'augmenter la dose de jour en jour pour en éprouver des effets, sont arrivés insensiblement à en avaler par jour des doses énormes! Ainsi nous pourrions citer plus d'un malade arrivé au point de prendre par jour jusqu'à quatre-vingt grains d'opium !

Au premier abord, cette nécessité où se trouvent ces malades d'augmenter progressivement la dose du médicament dont ils font un usage quotidien, semble contredire ce qui avait été avancé précédemment, à savoir, que les nouveaux médicamens, même pris à doses homœopathiques, ont la puissance d'exciter des aggravations considérables chez les malades en proie à des affections médicinales. Et l'on se demande comment il peut se faire que chez un malade qui, après un usage habituel d'opium depuis plusieurs années, sera arrivé au point d'être forcé d'en prendre chaque jour vingt-cinq grains, par exemple, pour en éprouver des effets, que chez celui-là, disons-nous, une très-faible dose d'un nouveau médicament puisse exciter une aggravation considérable. C'est qu'ici, comme partout ailleurs, on doit tenir compte dans l'action d'un médicament, et de son effet primitif, et de son effet secondaire, qui est toujours opposé à l'effet primitif. Ainsi, pour revenir à l'exemple précédent, l'effet primitif de l'opium est d'engourdir la sensibilité, *d'endormir la douleur*, comme on le dit vulgairement; mais, cet effet une fois épuisé, alors les douleurs se renouvellent plus terribles que jamais, et avec une force d'autant plus grande que le calme dont on avait joui d'abord avait été plus parfait. Aussi que résulte-t-il? C'est que les malades dont nous parlons, obligés, pour échapper à leurs souffrances, de se tenir constamment sous l'empire de l'effet primitif de l'opium ; sont contraints d'arriver, comme nous le disions plus haut, à en prendre coup sur coup des quantités de plus en plus fortes.

Le fait même se retrouve d'une manière aussi constante chez les preneurs de café. Le café empêche de dormir, *fouette le sang*, dit-on vulgairement. Lorsqu'il est pris à fortes doses, ceci est incontestable ; c'est son effet primitif. Mais ceux qui en ont l'habitude cessent-ils un seul jour d'en faire usage, on les voit alors affaissés, sans énergie, la tête lourde et endolorie, incapables de se livrer à aucun travail, en proie à une somnolence invincible, jusqu'au moment où ils ont recours de nouveau au funeste breuvage sous l'influence primitive duquel ils sont forcés de vivre sans cesse, pour échapper à son effet secondaire, seul durable. Aussi, dans les insomnies prolongées, une petite dose de café préparé homœopathiquement suffit-elle presque toujours pour rappeler le sommeil.

Signaler ici les nombreuses maladies qui peuvent résulter de ces pernicieuses habitudes, serait sortir du cadre que nous nous sommes tracé : aussi ne nous y arrêterons-nous pas davantage, afin de revenir à notre premier sujet. Quand donc à l'un de ces individus, chez lesquels toute force vitale a été détruite par une des causes dont nous avons parlé plus haut, on administre un médicament quelconque, quelle que soit d'ailleurs son homœopathicité avec l'affection que l'on veut combattre, qu'arrive-t-il? C'est qu'introduit dans un organisme épuisé, pour ainsi dire *anéanti*, et qui ne présente aucune réaction vitale, le médicament étend, développe toute la série de symptômes qu'il a puissance de faire naître, et alors qu'aucune énergie vitale ne vient lui faire obstacle chez le malade, une aggravation

considérable se manifeste dans les symptômes existant déjà, souvent de nouveaux propres au médicament administré viennent à paraître, puis lorsqu'après quelques jours l'action du médicament est épuisée, le malade se retrouve dans le même état qu'auparavant, et même plus mal encore de toutes les souffrances qu'a développées en lui l'agent thérapeutique qui a été administré.

L'on doit donc se garder autant que possible d'exciter ces exacerbations funestes, et aussi des trompeuses espérances que l'on pourrait en concevoir. Bien plus, nous ne croyons pas trop nous avancer en disant que chez un sujet dont une maladie trop longue n'aura point encore appauvri l'organisme, un médicament dont l'homœopathicité sera parfaite, étant administré à une dose convenable (sauf quelques rares exceptions), devra dans le plus grand nombre de cas parcourir sa sphère d'action et amener soit la guérison, soit une amélioration notable, sans qu'il se soit produit chez lui une *aggravation bien remarquable*. Nous disons une *aggravation bien remarquable*, parce que nous ne voudrions pas que l'on nous attribuât l'idée d'avoir voulu nier ce phénomène, qui, dans ce dernier cas, quoique peu sensible, est toujours appréciable pour un observateur attentif. Et ces guérisons ou améliorations notables sans une grande aggravation s'expliquent facilement. En effet, à peine l'organisme aura-t-il pu percevoir l'action du médicament agissant dans le sens de la maladie, qu'en vertu de cette loi si remarquable du dynamisme vital, il réagira contre cette action étrangère, et tendra à se débarrasser en même temps et de la cause morbifique à lui propre, et du nouvel agent qui sera venu ajouter encore à l'effet dont déjà la source était en lui.

Et cette réaction sera d'autant plus prompte et plus énergique que d'une part le médicament choisi aura été direct, et de l'autre que le malade aura été moins débilité, moins *desorganisé* pour ainsi dire, soit par la maladie, soit par les traitemens déjà subis. Nous devons cependant faire observer que chez les individus doués d'un tempérament essentiellement nerveux et impressionnable, il peut arriver que l'aggravation se montre parfois d'une manière assez énergique; mais alors elle est toujours d'une courte durée, et jamais, même au plus fort de l'aggravation, le malade n'est déprimé par la puissance de l'agent thérapeutique.

Nous disons aussi que les médicamens doivent être administrés à doses convenables et proportionnées au degré de vitalité des sujets que l'on traite. Mais déterminer *à priori* et la dose et le degré d'atténuation auquel un médicament doit être administré à un malade choisi au hasard, nous semble aussi impossible que de fixer d'une manière précise le nombre des jours que doit mettre le médicament pour parcourir en entier sa sphère d'action chez tous les individus sans distinction. Ainsi (nous ne voulons parler ici que des traitemens de maladies chroniques), il est bien évident qu'un sujet dont la vie active est continuellement réactionnée par la multiplicité des objets qui l'entourent, qu'un homme que ses goûts ou sa position sociale contraignent à se livrer à des occupations fatigantes, ou à de rudes travaux, ou à faire de longues courses, en un mot à dépenser plus de vitalité, sera, pour suivre un traitement homœopathique, dans des conditions tout autres que le savant qui, livré sans cesse à des spéculations intellectuelles, restera continuellement absorbé dans sa pensée, sans se livrer pour ainsi dire à aucun exercice du corps; ou encore qu'un de ces hommes inutiles dont l'existence voluptueuse est consumée par l'oisiveté, et qui n'ont contracté que des habitudes d'indolence et mollesse. Une différence non moins grande devra exister encore entre le pauvre qui, par sa position, sera forcé de suivre un régime alimentaire plus que sobre; et l'homme riche qui pourra ne rien refuser à ses goûts, bien que d'ailleurs l'un et l'autre s'abstiennent également de tous alimens défendus. Que l'on nous permette maintenant de développer et d'expliquer ici cette pensée, que du reste nous n'avançons point ici comme nous étant personnelle. Nous la devons à M. le docteur Léon Simon, qui l'a professée publiquement dans les leçons essentiellement pratiques qu'il a faites cette année sur la pathologie médicale et la thérapeutique homœopathique. Il a observé, sur les malades qui viennent à sa clinique publique, qu'il était excessivement rare que ses consultans ne fussent fortement touchés par les premières doses des médicamens administrés, soit que le choix du médicament fût du reste plus ou moins convenable. Tandis que, toutes choses égales d'ailleurs, dans sa pratique particulière il arrivait souvent qu'il fallait surtout dans le commencement d'un traitement, ou forcer la dose du médicament, ou la répéter plusieurs fois pour que le malade en éprouvât quelques effets. D'où il a été conduit à conclure, d'un côté, que les médicamens développaient leur action avec facilité et la prolongaient pendant longtemps chez les sujets qui se livraient habituellement à des travaux *corporels*, qui usaient d'un régime alimentaire extrêmement sobre, qui ne se livraient à des travaux intellectuels d'aucun genre : tandis que, de l'autre côté, l'homme de cabinet, le savant, l'homme de plaisir et aussi ceux qui usent d'un régime alimentaire succulent et très-abondant, sont touchés beaucoup plus difficilement par les médicamens, dont ensuite ils épuisent l'action en un temps beaucoup plus court. Chez les premiers, les médicamens prolongeront leur action souvent pendant plusieurs semaines, surtout si l'on a eu recours à des antipsoriques, tandis que chez les autres il suffira la plupart du temps de quelques jours. On devra donc tenir compte de toutes ces considérations avant de déterminer la dose et la répétition du médicament choisi. Quant au choix de la dilution, il ne sera pas inutile de faire observer ici que les hautes atténuations d'un médicament, plus douces dans leur action primitive, pénètrent l'organisme beaucoup plus profondément, et par conséquent prolongent leur action pendant un plus long espace de temps; tandis que les basses atténuations, plus énergiques dans le commencement de leur action, s'épuisent aussi beaucoup plus vite. Ce qui fait que, en général, les der-

nières dilutions doivent être employées de préférence dans les affections chroniques, et les premières dilutions dans les maladies aiguës.

En général, lorsque l'on a fait choix d'un médicament pour traiter une maladie donnée, si le médicament est bien homœopathique à l'état du malade, après une légère aggravation, une amélioration consécutive devra se montrer. C'est alors que l'on doit laisser aller cette amélioration jusqu'au moment où elle s'arrêtera, moment que l'on pourra facilement reconnaître lorsqu'après avoir interrogé avec soin le malade, il restera évident, d'après ses réponses, que depuis deux ou trois jours aucun changement nouveau ne s'est manifesté dans sa maladie. On devra alors sur de nouveaux frais rechercher un autre médicament; car il aura dû indubitablement arriver, ou qu'un assez grand nombre de symptômes aura disparu, pour que le même médicament ne soit plus parfaitement convenable, ou que la maladie n'ait en aucune façon changé d'aspect, ce qui prouvera alors que le premier choix a été mauvais. Même, si, par impossible, il arrivait que, quel que fût le nombre de symptômes effacés, le premier médicament administré demeurât encore le plus en harmonie avec le tableau actuel de la maladie, il serait bon néanmoins d'avoir recours à un médicament *alternant* choisi le plus souvent parmi les *apsoriques*, quoique ce dernier choix parût moins homœopathique que celui précédemment fait. La raison de ce précepte, sur lequel nous croyons devoir insister, se trouve dans ce fait: que deux doses d'un médicament ayant été administrées sans l'emploi intermédiaire d'un médicament alternant, il arrivait fréquemment que la seconde dose semblait détruire l'effet de la première en faisant reparaître des symptômes effacés par celle-ci.

D'un autre côté, si, ce qui arrive fréquemment encore, le choix du premier médicament donné à un malade a été mal fait, il faut bien se garder d'en donner un second trop précipitamment et avant que l'action du premier soit entièrement épuisée; car il arriverait alors que, pour se déterminer dans ce second choix, on aurait affaire à un tableau de symptômes qui n'appartiendrait point exclusivement à la maladie que l'on serait appelé à traiter, mais bien encore aux symptômes artificiels du médicament dont le malade aurait fait usage. Quant à la manière de prendre les médicamens, elle n'est point indifférente : l'expérience a démontré que, pris à sec, c'est-à-dire en avalant les globules après les avoir posés sur la langue, il agissent moins facilement que lorsqu'on les fait dissoudre avec soin dans deux à trois cuillerées d'eau fraîche *sans sucre:* nous disons *sans sucre* parce que le sucre, tel qu'il est préparé habituellement, renferme une assez grande quantité de silice, de chaux, de sulfate d'alumine, etc..., qui ne peuvent que contrarier, sinon paralyser, l'action de l'agent thérapeutique avec lequel ils se trouvent en contact.

Il existe un certain nombre de maladies chroniques pour le traitement desquelles un médicament semble devoir être spécifique de préférence à tout autre : ainsi, par exemple, pour la *gale* ou les affections dont l'origine évidemment *psorique* est encore peu éloignée, le *soufre* semble être particulièrement indiqué; le *mercure* dans la *syphilis*; le *thuya* dans les affections *sycosiques;* le *foie de soufre* ou *l'acide nitrique* dans les maladies *mercurielles*, et généralement les antidotes directs dans les maladies médicinales; or, lorsque l'on a à combattre l'une de ces affections ou en général, comme nous le disions un peu plus haut, une maladie pour la guérison de laquelle il semble qu'un seul médicament doive à peu près suffire, nous conseillons alors de le faire prendre au malade de la manière suivante: faire dissoudre 10 ou 12 globules ou même une goutte dans sept ou huit cuillerées d'eau et en faire boire chaque jour une cuillerée au malade. Un médicament pris de cette manière pénètre l'organisme et produit dans l'immense majorité des cas les effets les plus salutaires. Quand on fait prendre un médicament de cette manière, il est bon de faire ajouter dans l'eau quelques gouttes d'alcool, dont l'effet est d'empêcher la décomposition du liquide. Il est inutile d'ajouter ici que le médecin doit interroger chaque jour son malade avec le plus grand soin, pour faire suspendre l'administration du médicament si des effets artificiels ou une aggravation trop forte venaient à être produits.

Quant au traitement des maladies aiguës, il exige un soin plus grand s'il est possible que celui des maladies chroniques, où une erreur qui n'entraîne après elle qu'un retard de quelques jours ne peut apporter dans la maladie aucun changement bien remarquable. Nous répétons ici que presque toujours les basses atténuations des médicamens sont alors préférables; et comme l'action de ceux-ci s'épuise alors avec une rapidité incomparablement plus grande que dans les affections chroniques, on devra en conséquence laisser entre les doses un intervalle beaucoup moins grand. En général il sera bon de faire dissoudre dans un verre d'eau, depuis sept ou huit globules jusqu'à une ou deux gouttes de teinture et d'en faire prendre au malade une cuillerée que l'on répétera tous les quarts d'heure ou au moins toutes les demi-heures. Si après la troisième ou la quatrième cuillerée, la réaction ne commence pas à se faire sentir chez le malade, on doit alors rester persuadé que le choix du premier médicament administré a été mauvais, et dans ce cas procéder sur de nouveaux frais à la recherche d'un autre agent thérapeutique mieux approprié, que l'on fera prendre au malade de suite sans qu'il soit besoin d'attendre que l'effet du premier médicament administré soit épuisé : car l'expérience a démontré, d'une manière irrécusable, que, si le second choix est heureux, son action n'est aucunement entravée par les médicamens pris précédemment; soit que ceux-ci n'aient point eu *prise*, pour ainsi dire, sur l'organisme affecté quand ils n'étaient pas spécifiques à son état, soit que leur action ait été épuisée en quelques instans. Nous nous contenterons de signaler le fait sans y chercher une explication que nous abandonnerons à de plus habiles ou de plus heureux que nous.

Le moment de la *réaction* dans une maladie aiguë se reconnaîtra aux phénomènes suivans : d'abord augmentation plus ou moins considérable des symptômes propres à l'affection; cette augmentation en général durera peu de temps : puis légère accélération dans les mouvemens du pouls avec chaleur et moiteur de la peau : peu après, le malade commencera à percevoir un peu de décroissance dans les symptômes qu'il ressentait, et souvent il éprouvera le besoin de se laisser aller au sommeil. On doit alors suspendre toute espèce de médication, et attendre la fin de l'effet produit, en laissant à la réaction le temps de se terminer : et dans le plus grand nombre des cas, nous voulons dire dans les maladies aiguës n'arrivant point au milieu d'une affection chronique, le malade se réveillera guéri sans qu'il soit besoin d'avoir recours à un nouvel agent thérapeutique. Nous ne devons point passer sous silence ici une nécessité que tous comprendront ; c'est que dans les maladies aiguës un peu graves, il est indispensable que le médecin demeure près du malade qu'il traite jusqu'au moment où la réaction commence à s'opérer : quelque habitude que puisse avoir un praticien, quel que soit le nombre de maladies analogues qu'il puisse avoir été appelé à traiter, jamais il ne peut être assez sûr du choix qu'il a fait d'un médicament pour pouvoir abandonner avant la réaction son malade à des soins trop souvent malhabiles. Un œil exercé peut seul juger du degré d'action de l'agent thérapeutique, et faire le contraire serait s'exposer à éprouver souvent des déceptions qui peut-être ne seraient pas toujours exemptes de remords.

Certes nous sommes loin de nous flatter d'avoir en ce peu de mots épuisé l'immense sujet que nous avions abordé ; chacun devra donc, dans son expérience de tous les jours, puiser des modifications aux préceptes que nous avons mis en avant. Nous n'avons voulu que jeter un peu de jour, s'il était possible, sur cette importante question si obscure jusqu'ici, et nous nous estimerions heureux si nous pouvions croire que nos efforts n'ont point été entièrement inutiles.

---

vent très-bien développées. Effectivement, pour se soutenir pendant un temps un peu long dans les orages politiques au milieu desquels nous vivons, il faut avoir de puissans organes, et surtout ne pas manquer de fermeté.

Voilà l'abbé Grégoire, qui est renommé par sa persévérance. Cet homme, persécuté de diverses manières, n'a jamais fléchi. On a voulu lui faire rétracter plusieurs choses qu'il avait avancées en politique, en matière de religion, il s'y est constamment refusé. Cette partie de la tête est extrêmement prononcée. Voilà le nègre Eustache, qui a été très-persévérant dans la bienveillance et dans les affections. C'est la persévérance qui lui a donné la force nécessaire pour agir longtemps dans le même sens.

Voilà le général Lamarque, chez qui cette faculté n'est pas moins prédominante.

Chez certains brigands, on la trouve aussi très-forte; c'est un grand malheur, parce que, ainsi que je vous l'ai dit, ils persistent dans le crime.

Fieschi, dont nous avons déjà parlé, mais très-légèrement, que voyez-vous dominer chez lui? des organes que vous connaissez déjà, l'estime de soi, et surtout la vanité; car l'estime de soi n'est pas très-large. Ainsi, cette masse dépend particulièrement du désir de l'estime des autres, de l'amour de l'approbation, que nous appellerons ici vanité, parce qu'il n'avait pas une haute intelligence. Voilà la ténacité, qui est extrêmement prononcée, et ces organes sont soutenus par une énergie notable de tempérament; car il faut tenir compte de la vitalité.

Voilà un assassin parricide que vous connaissez déjà, c'est Martin : cet homme, vous le savez, a fort peu d'intelligence, avec des instincts animaux prédominans. Dans ces cas, la persévérance ne peut s'appliquer qu'au mal, et ne mérite pas d'autre nom que celui d'entêtement.

Voici un autre parricide de la même espèce; vous voyez encore la fermeté prédominer sur l'intelligence, qui est assurément très-en défaut, ainsi que tous les sentimens supérieurs; l'organe n'a donc pu exciter que les hideux instincts que vous voyez élargissant le bas des parties latérales.

Animaux. — M. Vimont leur accorde la fermeté, surtout au renard, au chat, au chien. Il remarque d'abord, ce que tout le monde sait, que le chat reste des heures entières en observation dans la même attitude. Ce n'est assurément pas par lenteur, par inertie. Tout le genre *felis* se compose des animaux les plus agiles, les plus forts dans le système musculaire qui se rencontrent parmi les quadrupèdes. On sait que leur corps est souple, élastique, que leur peau est électrique; leurs yeux sont brillans dans l'obscurité, et leur férocité égale leur force musculaire. Ce n'est donc pas inertie de tempérament, je le répète parce que cela est nécessaire, c'est par une impulsion instinctive que cet animal reste des heures entières en observation; ce n'est pas non plus par crainte d'être surpris, c'est par le désir de surprendre sa proie; mais la ruse seule ne lui donnerait ni la patience ni la persévérance dont il a besoin. Tels sont les motifs qui portent M. Vimont à lui accorder l'organe, qu'il a d'ailleurs constaté dans le cerveau de ce carnassier.

Il l'accorde également aux chiens de chasse, et il cite un fait bien remarquable qui annonce en lui vraiment un observateur. On voit quelquefois des chiens de chasse qui se mettent en arrêt dans une position assez extraordinaire, ou dans un lieu qui ne paraît pas favorable à leur maître pour être le gîte d'un gibier de quelque valeur, et cependant ces chiens, quoique leurs maîtres leur ordonnent de partir, les appellent, les maltraitent, persistent dans leur arrêt; et très-souvent, ajoute M. Vimont, ils ont raison. Le chien était un animal important à observer, car il est d'une vivacité supérieure à celle du chat, et n'a pas autant de ruse. Par ces comparaisons, la faculté dont il s'agit se trouve distinguée de celles avec lesquelles on aurait pu la confondre. M. Vimont parle aussi du chien basset, qui persiste à poursuivre le lièvre jusqu'à ce qu'il soit forcé. Le renard donne également des preuves très-remarquables de persévérance.

En somme, M. Vimont est disposé à croire à l'existence de cet organe chez tous les animaux supérieurs. Il pense qu'il joue un rôle dans l'emploi soutenu qu'on leur voit faire de leurs facultés; je suis assez de cet avis. Je crois qu'il faut une impulsion particulière pour inspirer la patience à certains animaux carnassiers. Ceux qui observent leur proie et l'attendent pendant longtemps, ne pourraient le faire sans cela. Ce n'est pas la réflexion qui les y porte; ces animaux n'ont pas calculé les mœurs, les habitudes de leur proie; ils n'ont pas dit, comme dirait un homme : « Cet animal sort à telle heure pour aller chercher sa nourriture, a besoin de tant d'heures de sommeil, est forcé de prendre telle route pour trouver de l'eau; l'amour, le soin de ses petits changent ses habitudes de telle façon; si je le guette à telle heure et en tel lieu, je le surprendrai. » S'ils savaient cela, ils n'arriveraient qu'à l'heure juste. Mais ils savent qu'il faut attendre, et ne peuvent y être forcés que par une impulsion toute-puissante. Il est donc nécessaire d'admettre cet organe chez les animaux, à moins qu'on ne veuille retomber dans le vague de l'instinct indéfini, sorte de providence inintelligible, imaginée par les philosophes pour les animaux.

Nous allons terminer par la conscience.

16. CONSCIENCE.

C'est une question importante et belle, je vous demande le temps nécessaire pour la traiter. Cette faculté avait échappé à Gall, qui rapportait la conscience et la justice à la bonté. Nous la devons à l'esprit observateur de Spurzheim.

Situation. — Sous le pariétal, sous la partie latérale de la voûte du crâne, des deux côtés de la fermeté, en arrière, de l'espérance, au-dessus de la circonspection. On lui assigne pour siége une circonvolution qui se dirige obliquement de haut en bas et d'arrière en avant,

de la fermeté vers la circonspection. Cette région ne porte aucun numéro sur la tête-modèle de Gall. Remarquez bien la position de cette faculté, avant que j'entre dans les dissertations quelle exige.

Action ou influence directe. — C'est le sentiment de ce qui est juste et injuste, du devoir, de l'obligation morale. Cette faculté est considérée par les philosophes modernes comme tout à fait immatérielle, parce qu'on ne peut pas la dériver des sensations, ni des perceptions. Le sentiment du devoir, disent-ils, la conscience du bien et du mal, est quelque chose qui ne tombe pas sous les sens, qui est supérieur à la matière, même étranger à l'intelligence comme au savoir : c'est une vertu posée dans l'ame humaine par la main du créateur. Cet éloge est fort beau, et je me garde bien de le critiquer; je dis seulement que cette sublime faculté se rattache, par sa manifestation, à un organe; voilà ce que je crois devoir ajouter.

Première application : aux actes, et aux hommes, pour les juger. — On juge chez les autres ce qui est bien, ce qui est mal, d'après son sentiment intérieur et même sans éducation. Vous avez des paysans qui distingnent, par le sens intime, ce qui est juste de ce qui ne l'est pas; ce fait de morale est un de ceux dont on convient le plus généralement dans l'état social. *La voix du peuple est la voix de Dieu;* c'est dans ce proverbe que se trouve l'expression de ce sentiment. En genéral, les masses raisonnent assez juste sous le rapport du bien et du mal, quoique pourtant elles ne soient pas à l'abri de toute erreur sur la valeur réelle des actions. Mais nous allons nous expliquer.

Seconde application : à nos instincts, à nos sentimens, à nos actions propres. — Nous les jugeons d'après ce sentiment-là, comme nous jugeons celles des autres. Nous nous applaudissons d'avoir fait certaines actions; nous nous blâmons d'en avoir fait d'autres; nous ne le manifestons pas toujours, nous avons des sophismes pour dissimuler aux yeux d'autrui; mais il y a chez nous la conscience, et, qui le croirait! la conscience est en proportion du développement de cette partie du cerveau. Cela paraîtra un paradoxe, quelque chose d'impie, de blasphématoire à certains philosophes, à certains croyans; peu importe, il faut énoncer la vérité. Toutefois, on sent combien il importe que cette conscience soit éclairée par l'intelligence; et, lorsqu'elle l'est convenablement, elle doit encore être secondée par la coexistence des autres sentimens supérieurs. Autrement, la conscience se modèle sur l'exemple; on juge bon ce qu'un autre a jugé bon; ce que celui que l'on vénère a jugé tel; ce que la personne que l'on regarde comme la plus instruite, la plus importante, a jugé convenable. On juge donc d'après l'inspiration des sentimens et de l'intelligence des autres. Mais quand l'organe est très-fort et, qu'en même temps il y a de l'intelligence et d'autres sentimens supérieurs, on juge d'après soi. Cette faculté devient ainsi l'origine du sentiment de la satisfaction de nous-mêmes, qui s'ajoute au sentiment de l'estime de soi, et au sentiment de l'estime des autres.

Veuillez remarquer que l'estime de soi, l'estime des autres et la conscience, considérés comme organes, forment un groupe; aussi toutes les grandes et belles têtes offrent ce groupe. Ce groupe n'est pas prédominant chez Lacenaire, gardez-vous de le croire, quoiqu'on ait dit que la tête de ce misérable ne différait pas de celle d'un honnête homme. C'est la vanité qui l'emporte dans ce groupe. Mais lorsque l'organe de la conscience se trouve développé en même temps que l'estime de soi, qui est au milieu, et l'estime des autres, qui est des deux côtés, cela constitue un groupe de facultés extrêmement favorables. Alors vous concevez comment il en résulte la satisfaction de soi-même. Celui qui, dans ses souvenirs, n'a que des actes et des pensées de justice, de bienveillance, éprouve réellement la satisfaction de lui-même. Celui qui trouve parmi les actes qu'il a faits quelque chose de répréhensible, se le dissimule, le cache aux autres comme il peut, mais il n'empêche pas le sentiment de conscience de désapprouver; de là l'origine du remords, si nos actions nous paraissent blâmables. De là aussi, messieurs, un des élémens de l'indignation, lorsque l'organe de la justice coïncide avec celui de la colère, qui est, suivant l'opinion commune des phrénologistes, le même que celui de la destruction. On se fâche contre les actions iniques, contre ce qui blesse la justice, le bon droit; et quand l'organe est très-développé, on se fâche plus contre ces choses-là que contre toute autre. Voilà donc encore une nouvelle acception du mot indignation.

Permettez-moi de vous soumettre une idée. Il me paraît que c'est surtout le sentiment de conscience et de justice qui a inspiré aux XVIII[e] siècle l'idée de l'égoïsme bien entendu. On a dit : « Celui qui fait ce qui est juste, ce que le devoir commande, au détriment de sa fortune, de sa réputation, de sa vie, est encore un égoïste. Il cherche la satisfaction de lui-même, il veut être content de lui. » Avouez que c'est un bel égoïsme que celui-là. Mais un tel sentiment ne mérite pas ce nom; ce n'est pas là de l'égoïsme, et en voici la raison : l'impulsion primitive nous pousse vers ce qui est juste sans le projet de nous satisfaire; le sentiment de satisfaction ne paraît qu'après l'accomplissement de l'œuvre. On peut en dire autant des actes de bienveillance, car le bienveillant ne sent d'abord que le désir d'obliger. Il n'y avait que la phrénologie qui pût dissiper cette erreur, en signalant, pour les sentimens de justice et de bienveillance, des organes différens de celui qui est l'origine de la satisfaction de soi-même.

Eh! pourquoi ne serait-on pas content de soi lorsqu'on a fait une belle action? Et en même temps pourquoi ne s'indignerait-on pas contre une mauvaise, lorsqu'on est d'ailleurs un peu disposé à se fâcher. Quelquefois on souffre de voir le mal, mais on ne s'emporte pas, parce que l'organe élémentaire de la colère se trouve peu développé.

L'organe dont je vous entretiens nous porte donc à faire le bien et à fuir le mal, d'abord par pur amour de la justice, et après l'expérience et pour le plaisir de la satisfaction de nous-mêmes. De plus il nous porte, suivant Combe, à juger favorablement les motifs d'au-

trui. Moi je crois que la bienveillance contribue à cette dernière impulsion.

Défaut. — Les conséquences du défaut de conscience et de justice sont la prédominance des penchans les plus forts, et vous concevrez cela sans difficulté. Le sentiment de justice manquant, l'intellect ne trouve pas de raisons à opposer au penchant dominant. Si la conscience existait, l'intelligence nous ferait dire : Je vais blesser ma conscience si je fais cette mauvaise action ; mais si le sentiment de conscience et de justice manque, l'intelligence ne trouve plus ce motif-là. Que trouve-t-elle donc? l'intérêt de chaque passion. Il y a donc ici deux espèces d'intérêt qui se balancent : l'intérêt de la passion qui domine et l'intérêt du sentiment de justice ; or, ce dernier correspond, comme la bienveillance, à ce que le XVIIIe siècle appelait l'égoïsme bien entendu, et l'intérêt de la passion, à l'égoïsme de bas étage. Je crois que c'est là vraiment l'explication de ces différentes opinions.

Il résulte encore du défaut de cet organe, et j'appelle votre attention là-dessus, la désapprobation, le mépris de ceux qui agissent d'après leur conscience. Ceux qui n'en ont que fort peu n'expliquent pas les actes d'autrui par l'inspiration de ce sentiment. Ils se figurent que l'intérêt des passions a seul inspiré les actes de vertu, et d'un air fin et intelligent, ils vous dévoilent les motifs secrets qui ont poussé tel ou tel homme de bien à faire des choses qui vous paraissent désintéressées, sublimes, admirables. L'explication de cette tactique s'offre d'elle-même ; ils lui supposent des motifs de même nature que ceux auxquels ils ont coutume de céder. C'est encore la phrénologie qui découvre ces ressorts cachés du moral humain. C'est ainsi que raisonne l'avare, qui explique les actes des autres par un intérêt pécuniaire caché. Il n'y a que deux espèces d'hommes pour Harpagon : les gens d'esprit qui s'enrichissent; les sots qui ne s'enrichissent pas ou qui se ruinent. Point d'excuse à ses yeux pour celui qui n'est pas riche. Un proverbe vulgaire a rendu ces faits en peu de mots : *on mesure les autres à son aune;* mais les preuves n'en sont données que par la phrénologie.

Aussi j'ai lu avec un grand intérêt ce qu'on appelle la philosophie du sens commun, qui tire parti de toutes les opinions répandues dans le public et que les arguties des philosophes ne peuvent jamais faire taire complétement.

Le défaut de conscience me paraît inspirer les moyens violens pour la coërcition du crime. Ceux qui en sont dépourvus ne conçoivent pas, en effet, que l'on puisse corriger un homme en s'adressant aux sentimens supérieurs, à la conscience surtout ; alors ils frappent du glaive, ils meurtrissent, ils flétrissent, ils tuent le coupable. C'est la colère qui préside à cette espèce de législation. Cependant vous devez savoir tous que, dans le moment où nous vivons, il s'élève un sentiment intérieur qui me semble partir de la conscience et de la bienveillance réunies, contre cette espèce de législation. Les philanthropes disent et répètent : « Pourquoi ne chercheriez-vous pas à corriger cet homme, au lieu de le faire mourir; qui vous donne la certitude qu'il est incorrigible ? Avez-vous épuisé tous les moyens que le progrès des connaissances nous fournit, pour réveiller en lui les germes des vertus sociales ?... »

Vous savez, messieurs, que la question de la peine de mort est à l'ordre du jour ; elle se traite dans les assemblées nationales, dans les académies, et le système de correction est continuellement élaboré par une foule de philanthropes, qui sont en même temps des hommes bienveillans et des hommes de conscience, lesquels travaillent continuellement à faire prédominer les sentimens qui les animent ; mais malheureusement ils n'exercent pas encore assez d'action sur la routine.

A cette occasion, je vais encore vous soumettre une idée. Dans certaines croyances, on trouve ces deux idées : le purgatoire correspond au système de correction ; l'enfer au système de destruction ; car tout le monde intellectuel est calqué sur le monde réel. Espérons que si le système qui condamne la destruction, la peine de mort, système qui a déjà fait des progrès, puisque la torture a disparu, espérons, dis-je, que si ce système prévaut dans le monde réel, le purgatoire prévaudra, et l'enfer disparaîtra dans le monde intellectuel. (Applaudissemens.)

M. Combe est d'avis que le défaut de cet organe met obstacle aux progrès de la phrénologie ; je suis aussi de cette opinion ; car ceux qui n'ont pas de conscience, ne voient que calcul, que comédie dans les actions des autres. Ainsi, il est très-possible que plusieurs de nos adversaires ne nous considèrent que comme des gens jouant un rôle, et non pas comme des hommes convaincus de l'importance, de la nécessité de la doctrine. Je n'insiste pas davantage sur ce point, car je ne veux pas ici élever de polémique, Dieu m'en garde ! Je ne cherche qu'à découvrir la vérité, ou du moins à inspirer le désir de la découvrir.

Auxiliaires. — Les organes qui me paraissent aider celui-ci dans son action sont, parmi les sentimens, l'estime de soi et l'estime des autres. Je ne doute nullement de cette proposition, c'est pourquoi je vous disais tout à l'heure que l'amour de soi et le désir de l'approbation sont voisins, très-fréquemment développés d'une manière simultanée, et que cette combinaison donne, en général, de grands résultats. Il est très-curieux et très-intéressant de vérifier, chacun dans votre sphère, quand vous trouvez un homme éminemment moral, consciencieux, s'il réunit ces différens organes, s'il est en même temps ferme et vénérant, s'il fait cas de l'opinion que les autres peuvent avoir de lui en même temps qu'il est jaloux de mériter sa propre estime, et s'il sait jouir de la satisfaction d'avoir fait le bien.

La circonspection me semble aussi un organe coadjuteur de celui-ci, parce qu'il retient ce sentiment comme tous les autres, et favorise le développement et la maturation des idées qui doivent lui donner de la consistance. Les hautes facultés intellectuelles viennent surtout à son appui, comme nous l'avons vu.

Antagonistes. — L'opposition au sentiment de conscience et de justice se trouve dans les instincts laté-

raux du bas étage; les têtes latérales se plaisent dans la destruction, dans la petite et la basse finesse, dans le rire dit satanique. Cette race d'hommes offre presque toujours cette région développée. Ces gens tendent à l'égoïsme, ainsi que leurs affections le commandent; ils ne conçoivent pas les sentimens élevés.—Les affections, mêmes les plus douces, combattent aussi cet organe; car on a de l'indulgence pour ceux qu'on aime. Les Brutus sont rares.

Combinaisons en général. — L'organe pouvant être plus ou moins fort relativement aux autres, on conçoit que l'homme consciencieux peut très-bien ne pas toujours obéir à sa conscience. Rien n'est si commun que cela. L'instinct cependant ne se tait jamais; il peut céder un instant à d'autres organes qui sont excités, mais il revient toujours pour réprouver; de là le mot *remords,* qui se retrouve aussi dans tous les idiomes : *Remordentis conscientiæ stimulus.* C'est une immense conquête, pour l'histoire naturelle, de rattacher des sentimens comme ceux-là à des objets matériels, dans le système nerveux. Tout cela était en l'air, on pouvait le nier à volonté ou bien l'affirmer, se servir de subtilités pour soutenir ou pour contredire une opinion, tandis que les organes sont perceptibles pour les sens. Quand on rencontre un organe pour la faculté au milieu d'autres qui correspondent à des sentimens différens, que voulez-vous qu'on objecte si la conduite est d'accord avec l'organisation? On ne peut que nier les faits, comme cela se pratique aujourd'hui; mais la route de l'observation est tracée, et chacun peut, en la parcourant, les vérifier.

Exemples. — Les exemples se trouvent dans la plupart des hommes supérieurs; ce sont toujours les mêmes têtes. Voici la tête de *Charpentier*, qui en effet réunit toute cette masse. Toutes les têtes supérieures sont dans ce cas. Voyez Manuel, etc.

Lorsque la conscience manque, la saillie de la région qui correspond à cette faculté ne dépasse pas les organes voisins, ou plutôt elle est remplacée par une dépression. Lorsqu'au contraire la conscience existe, la saillie se prolonge, et l'organe se trouve au niveau de l'estime de soi et de la circonspection. Dans la tête de Bagnol, vous voyez une espèce de dépression, mais qui ne correspond pas à cet organe; elle porte plutôt sur le lieu de l'espérance.

Ce qu'il y a de bien important pour l'honnête homme, c'est cette masse-ci, formée par la réunion de l'estime de soi, de l'estime des autres, de la conscience, avec la vénération: car il en faut jusqu'à un certain point pour compléter une belle tête. Voici la tête de Foy, qui fut l'idole du parti libéral. Voyez comme toute cette masse est prononcée. Nous n'avons pas fait exprès toutes ces têtes, et cependant, les formes se trouvent toujours d'accord avec les facultés. Voilà Casimir Périer; même concordance. Nous en comptons beaucoup parmi les hommes vivans. Malheureusement nous ne pouvons pas vous exhiber toutes les têtes remarquables.

Vous ne trouverez pas un brigand chez qui cette masse soit prédominante. Voyez, en effet, comme cette région est maigre, comme le haut de la tête est évidé en forme de toit. J'ai chez moi quarante têtes de suppliciés; dans presque toutes, cette conformation frappe les yeux; il y a des variétés, mais jamais le groupe des bons sentimens ne donne une largeur suffisante au sommet de la tête. C'est quelque chose que ces masses de faits; avec des arguties et de mauvaises plaisanteries, on n'en détruit pas la valeur. Voilà cet infortuné Dodd, qui s'est fait pendre pour avoir voulu obliger en faisant de fausses signatures; mais il n'avait ni conscience, ni estime de soi, ni circonspection. Eh bien! c'est encore une tête vraiment classique; vous voyez que ce qui domine ici a dû gouverner, et que la partie que nous étudions a été d'une moindre action. Au jugement de cet homme, qui était d'ailleurs éloquent, tout l'auditoire pleurait; mais le respect pour la loi dut l'emporter; il fut condamné à mort.

Voici des têtes de malheureux, de parricides; voyez comme tout est maigre dans cette région supérieure. Je ne crains pas plus de prendre Lacenaire que Fieschi ou qu'un autre : assurez-vous que la domination n'est ni dans les sentimens supérieurs ni dans l'intelligence. Il y a bien un peu de vénération, mais la conscience surtout est en défaut. C'est Spurzheim qui a découvert cet organe, et je considère cette découverte comme un des faits les plus importans pour la morale: aussi les phrénologistes n'ont-ils pas hésité à l'admettre. Voilà Fieschi : vous trouverez encore un plan incliné d'arrière en avant sur le sommet de la tête, parce que tous les organes de la région moyenne et antérieure sont déprimés; il reste en arrière l'amour-propre avec peu d'estime de soi, avec des passions et la destruction plus ou moins sur les côtés, c'est-à-dire une intelligence dominée par les instincts et par les sentimens de mauvais aloi.

Animaux. — Quant aux animaux, tous les phrénologistes que je connais leur refusent cette faculté. Cependant je pense, moi, que l'esquisse de ce sentiment existe chez l'éléphant, le chien et même le cheval. Quand ces animaux sont maltraités mal à propos, ils distinguent cette injustice; ils sont jusqu'à un certain point comme les enfans; les enfans, même tout jeunes, savent quand on se rend coupable d'injustice envers eux; ils le témoignent en se révoltant, tandis qu'ils se soumettent s'ils sentent qu'on leur impose un juste châtiment. J'ai, quant à moi, croyance, conviction, dans l'esquisse des sentimens chez les animaux dont les cerveaux ont du rapport avec le nôtre.

DOUZIÈME LEÇON.

20 *juin* 1836.

17. ESPÉRANCE.

Messieurs,

Nous en sommes au n° 17 des facultés, et 8e des sentimens; suivant les phrénologistes, c'est l'espérance.



L'espérance est une faculté que Gall n'a pas admise; il avait laissé un espace, un vide sur son crâne-modèle, dans la région qui, depuis, a été consacrée à cette faculté. Spurzheim a remarqué que l'espérance pourrait fort bien correspondre à cette région du cerveau. Combe et les phrénologistes étrangers, guidés par ses observations, en ont fait d'autres, et l'organe a été admis.

Situation. — De chaque côté de la fermeté, se dirigeant obliquement de dedans en dehors vers la circonspection, en avant de la justice ou conscience, en arrière de l'organe du merveilleux, avec lequel l'espérance paraît parfois se confondre. C'est ce qu'on peut vérifier sur la tête-modèle par Spurzheim.

Action ou influence directe de cet organe. — C'est l'espérance; cette expression est assez caractéristique. Lorsque l'espérance domine, elle paraît dans tous les discours de celui chez qui elle existe; elle brille dans ses yeux lorsqu'on l'entend discourir; elle s'exprime dans ses traits, auxquels elle donne une action toute particulière. Elle se porte toujours sur l'avenir, elle lève toutes les difficultés. Il n'y a pas d'obstacles pour les hommes espérans; dans la société, ils voient tout en beau, ne doutent de rien, font disparaître d'un mot, lorsque le langage coïncide, toutes les difficultés; préviennent toutes les objections.

Applications et associations. — Cette faculté s'associe, par conséquent, aux désirs de tous les organes, car il y a toujours un désirs dans nos facultés; toutes veulent être satisfaites quand elles se prononcent. Eh bien, c'est l'espérance qui leur promet la satisfaction. Voilà son caractère particulier. Pour bien l'observer il faut la trouver chez les personnes où elle prédomine, et il y en a beaucoup. J'en ai connu qui faisaient disparaître toutes espèces de difficultés, qui ne doutaient de rien, qui racontaient avec une expression de joie, de plaisir, de bonheur, les succès qu'ils allaient obtenir. Ainsi l'application de la faculté se trouve chez les hommes à projets, chez les spéculateurs dans les affaires, à la bourse, dans les entreprises, chez les joueurs, où cet organe est d'ordinaire prédominant.

Auxiliaires. — L'organe de l'espérance est aidé dans son action par le merveilleux, dont nous allons parler incessamment; et quand cette association existe, les personnes voient des merveilles s'accomplir dans l'avenir. Si cela s'applique aux idées religieuses, alors c'est un avenir heureux dans l'autre monde qui luit aux yeux des espérans; si aux affaires temporelles, c'est un succès prochain qui tiendra du prodige, qui étonnera tout le monde; et si les espérans sont doués en même temps de la faculté d'élocution et de l'idéalité, les auditeurs résistent difficilement à l'influence qu'ils exercent sur eux. Les hommes à grandes espérances se font illusion sur toutes sortes de choses. Je crois devoir ajouter que la facilité d'élocution contribue à entretenir cette illusion; car lorsque la parole est facile, l'homme se laisse séduire par les belles phrases qu'il fait; il s'y complaît, comme le menteur qui, pour avoir souvent raconté une chose fausse, finit par s'imaginer qu'elle est vraie. Rien n'est si commun; dans Paris, par exemple, on trouve à chaque instant de ces hommes qui en séduisent d'autres, et les entraînent dans des entreprises ruineuses. Le merveilleux, l'idéalité ou imagination et l'organe de la parole peuvent donc être considérés comme les principaux auxiliaires de l'espérance.

Antagonistes. — Les organes qui s'opposent à l'action de celui-ci méritent votre attention. J'y vois d'abord de la circonspection, qui est pour ainsi dire l'ennemie jurée, l'ennemie mortelle de l'espérance. Aussi, pour que l'espérance agisse avec beaucoup de liberté, beaucoup d'activité, il ne faut pas qu'il y ait de circonspection. Alors l'homme s'élance sans que rien l'arrête; mais quand il y a quelque circonspection, les choses sont balancées; il n'y a plus rien de saillant. Quelquefois aussi la coexistence de cet organe avec la circonspection donne des alternatives d'espérance et de découragement, parce que tantôt l'homme s'abandonne à l'espérance, et alors tout lui sourit; tantôt la circonspection prend son tour, se venge, présente tout en noir, et l'homme est ballotté entre deux sentimens. Il n'a plus de certitude; il ne sait plus dans quel sens il doit diriger ses actions.

Les autres organes correctifs de celui-ci sont ceux de l'intelligence, dont les effets ont quelques rapports avec ceux de la circonspection. Mais lorsque la circonspection et l'intelligence sont faibles en même temps que le merveilleux est fort, l'espérance règne impérieusement, et cela constitue des enthousiastes d'une espèce très-remarquable.

Défaut. — Le défaut de cet organe entraîne l'incertitude, le découragement, surtout si la circonspection prédomine; une telle combinaison empêche de rien entreprendre, rend l'homme inactif, purement spéculatif, et sans aucune action morale, à moins que quelque faculté très-active, comme la destruction, ne vienne de temps en temps l'exciter.

Animaux. — Chez les animaux, on n'a rien pu distinguer qui eût rapport à cette faculté. Aussi les phrénologistes la regardent-ils unanimement comme propre à l'homme. Une observation plus attentive, plus soutenue, fera peut-être découvrir, chez les animaux, quelques impulsions dépendant de cet organe; mais comme il ne faut jamais se livrer aux conjectures quand il n'y a pas de fondement, je m'arrête sur cette question.

Exemples. — Nous aurions beaucoup plus d'exemples, si l'on pouvait mouler tous ceux dont les têtes offrent des organes bien prononcés. Voici pourtant un exemple d'espérance, de crédulité, de merveilleux, dans cette tête où existait la tendance au jeu de la loterie, c'est celle de Destainière. Voyez comme cette partie est dominante, comme l'imagination et le merveilleux viennent se joindre à l'espérance! cela forme un demi-cercle prononcé. L'estime de soi, la conscience, s'y trouvent, à la vérité, mais ces facultés sont dominées, parce que l'éminence que vous voyez ici appartient à la bonté, et il reste peu d'espace pour les facultés intellectuelles; elles ne dominent donc pas à beaucoup près: la causalité est surtout peu prononcée, la circon-

spection n'a pas de prépondérance. L'homme que cette tête représente a donc dû obéir aux impulsions de l'espérance et de la merveillosité. Ce n'est qu'ainsi qu'on peut appliquer la phrénologie.

Voilà une tête du même ordre (Demorlanes), espérance, merveilleux, imagination, avec faible intelligence, d'où jeux de hasard, orgueil; justice, assez; mais que peuvent ces facultés sur l'espérance et le merveilleux? Peu de chose. Tout cela domine aussi la circonspection, ainsi que dans l'autre tête que je viens de vous montrer.

Voici encore un homme dominé par les idées religieuses (Roland) chez qui vous voyez l'espérance très-prononcée, se fondant encore avec le merveilleux et l'idéalité que nous allons décrire à l'instant même. Tout cela domine les facultés intellectuelles; car la saillie du haut du front résulte du prolongement du merveilleux qui vient se joindre à la gaieté, et non de la comparaison ni de la causalité. L'éducabilité, ou organe des faits, est en défaut dans cette tête; c'est un grand déficit, car l'amour des faits est un puissant correctif des écarts de l'imagination et des illusions d'une espérance alimentée par le merveilleux.

Voici un homme qui, de mathématicien, s'est changé en prédicateur religieux, dans l'espoir des récompenses célestes; c'est Parris. Vous voyez encore cette éminence du merveilleux; elle concorde avec l'espérance. C'est un excellent homme; voilà la justice, la bienveillance; eh bien! tout cela ne l'a pas empêché de sacrifier la certitude des mathématiques aux illusions de l'ascétisme, aux espérances d'une vie future, tant est grande l'influence de l'organisation; mais aussi les facultés intellectuelles, comme écrasées sous le merveilleux, n'ont rien fait pour le préserver de ce genre d'aberration. Au surplus, on peut être mathématicien avec un médiocre jugement; mais alors on n'est pas un mathématicien de génie.

Chez l'abbé Grégoire, connu de tout le monde, vous voyez encore cette espérance fort saillante; elle ne l'abandonna jamais; les personnes qui ont toujours en vue le bonheur céleste ont cette partie-là très-prononcée. Cela s'accorde, chez cet évêque, avec des sentimens supérieurs, j'en conviens; mais l'intelligence est encore dominée par les sentimens supérieurs. Voilà une des plus belles têtes que nous ayons, celle de Foy. Vous voyez pourquoi l'espérance ne l'a jamais abandonné dans ses projets.

Voici une partie de la tête de Napoléon, que j'ai enfin fait apporter. L'organe de l'espérance paraît assez pour qu'on juge qu'il devait être bien développé. Effectivement Napoléon avait beaucoup d'espérance, beaucoup de confiance en l'avenir, même une certaine tendance au merveilleux dont l'organe est assez prononcé; il croyait au sort, à la fatalité, au bonheur, à l'étoile qui doit présider à la destinée des hommes. Chaque homme a ses faiblesses, il n'y en a pas de parfaits.

Voici les exemples opposés; ce sont les brigands. Vous voyez comme l'espérance est faible; comme, à partir de la ligne verticale, le plan de la tête s'incline sur les côtés, de manière que la conscience, l'espérance, la vénération et tous les sentimens supérieurs sont déprimés.

18. MERVEILLOSITÉ.

Nous sommes obligés d'abandonner l'espérance, faculté sur laquelle il me semble que nous en avons dit assez pour fixer votre attention. Nous allons donc passer à la suivante, qui est la *merveillosité*, expression proposée par Spurzheim. Elle n'est pas française, me dira-t-on; mais les savans forcent les académies à admettre les mots; cela est connu. J'ai entendu dire bien souvent à feu Fourcroy : « Nous autres savans, nous avons le privilége de créer des expressions, et de forcer l'Académie à les admettre dans son dictionnaire comme français. » Il avait raison : Horace l'avait dit avant lui, comme vous pouvez tous le savoir.

Quoi qu'il en soit, nous appellerons cette faculté *tendance au merveilleux*, à l'extraordinaire, à l'étonnant; eh bien! aucun psychologiste, aucun philosophe, aucun métaphysicien, n'ont songé à admettre une pareille faculté, comme un fait distinct des autres faits du moral humain. C'est que la plupart étaient dominés par ce sentiment, et regardaient le merveilleux comme l'essence du moral humain; ce qui n'est pas assurément une chose réelle. Gall ne l'avait pas distingué de l'imagination, il confondait cette faculté avec ce qu'il appelait le sens ou l'esprit poétique; Spurzheim l'en sépara. Spurzheim a fait des observations très-intéressantes; et quoiqu'on accuse les phrénologistes d'une confiance outrée et d'une sorte de crédulité superstitieuse dans ce phrénologiste, je ne crains pas de dire qu'à mes yeux, il était un grand homme. Après Gall, c'est celui qui a le plus fait pour la phrénologie.

Il y a en effet deux circonvolutions, comme je vais vous le montrer, dans la région que Gall affectait au sens poétique. Spurzheim compara les saillies que ces deux circonvolutions produisent à l'extérieur, et il reconnut que l'interne correspond au merveilleux et l'externe à l'esprit poétique. Dès lors, il les sépara et traça entre les deux une ligne de démarcation bien tranchée. Il s'agit de savoir si la postérité confirmera son jugement; mais jusqu'ici il n'a pas été infirmé.

Spurzheim lui donna, dans son ouvrage français publié à Paris, le nom de *surnaturalité*; mais plus tard, ayant sans doute reconnu que l'homme ne peut pas sortir de la nature, il changea cette dénomination en celle de *merveillosité*. Ceux qui veulent, malgré cela, de la surnaturalité, peuvent en admettre tant que bon leur semblera, mais il faut qu'ils renoncent à la démontrer, et qu'elle reste en définitive dans le sentiment; c'est-à-dire qu'elle n'existe que comme un fait de sentiment. Il y aurait de la fatuité à croire que nous pouvons nous élancer au-delà de la nature. Hélas! nous ne pouvons même pas l'explorer, cette nature. Nous sommes attachés à notre planète au point que nous ne pouvons pas nous élever à trois lieues au-dessus de la superficie de la terre, ni pénétrer une lieue dans la croûte de notre globe, sans perdre la vie. Nous sommes une production

de ce globe, née sous l'influence du régulateur éternel. Qu'est-ce donc que nous voulons dire par le mot de surnaturalité? Quoique Spurzheim eût une grande tendance à la prétendue surnaturalité, il renonça à cette expression.

Situation. — Le siége de la merveillosité est une longue circonvolution horizontale placée entre la mimique et l'idéalité. Observez la partie antérieure du cerveau, qui est régulière sur ce plâtre. Voilà la bonté, voilà la mimique, voilà l'idéalité, et puis voici la merveillosité, n° 18.

Ainsi les rapports de cette circonvolution allongée sont les suivans : elle se trouve placée aux parties supérieures, antérieures et latérales du crâne, se prolongeant depuis le haut du front, de chaque côté, sur le sommet de la tête, jusqu'à l'organe de l'espérance. On voit, le long de son bord interne, la vénération en arrière, et l'imitation en avant, car elle égale presque les deux en longueur ; son bord externe correspond à l'idéalité ou imagination ; enfin son extrémité antérieure vient se fondre dans la gaieté et répond au côté externe de la causalité. Lorsque cette circonvolution est fortement développée, elle soulève de chaque côté les parties antérieures et supérieures de la tête, et se terminant aux régions supérieures du front, elle forme une espèce d'angle saillant qui rend le front carré ; lorsque la mimique et la bienveillance ont élargi le haut du front, ces éminences représentent deux espèces de cornes. Pour vous en faire une idée, examinez les gravures des saints les plus enthousiastes, les plus sujets aux extases, aux visions : vous la verrez très-distincte dans la gravure, historique suivant la légende, qui représente Saint-Antoine. L'organe y forme deux éminences qui poussent en haut les cheveux, au-dessus des angles externes des yeux. On lui voit faire la même saillie dans quelques tableaux de Moïse. Ce rapport des histoires sacrées et profanes avec la phrénologie est quelque chose d'étonnant; mais enfin il est impossible de le méconnaître. Au reste, nous vous ferons faire ces remarques sur les têtes où cette faculté est prédominante.

Action ou influence directe. — C'est la disposition à croire aux merveilles, à ce qui est hors des lois de la nature, aux miracles, aux sortiléges, aux revenans, aux démons, à la magie, aux fées, aux farfadets. Vous trouverez la pâture favorite de cette faculté dans les Mille et une Nuits. Cet ouvrage est composé sous l'influence de l'organe qui correspond à la merveillosité, ainsi que les vies des saints, la légende, avec les nombreux miracles qu'elle contient et qui ne coûtaient rien aux écrivains dans ce temps d'ignorance et de superstitions ; car, qui aurait osé les démentir ? Mais ici, la mysticité se joint au merveilleux ; ce qui n'existe pas dans les contes empruntés aux Arabes, d'où résulte plus de plaisir pour les lecteurs. L'ancienne mythologie des Grecs, fondée elle-même sur des traditions venues de l'Orient, et presque toute résumée dans les Métamorphoses d'Ovide, en un mot, toutes les théogonies des anciens peuples offrent les premières traces de l'influence de notre organe sur l'appareil intellectuel.

Cette faculté procure des jouissances dans l'extraordinaire ; c'est donc un sentiment, une espèce de plaisir non-raisonné. En effet, il n'y a pas de raison dans le mouvement qui porte l'homme à se représenter les choses extraordinaires, à les admirer, à tomber dans l'enthousiasme, dans l'extase, lorsqu'on les raconte, ou lorsqu'on les entend raconter.

Voici une autre forme de manifestation de la faculté, suivant les phrénologistes ; c'est l'étonnement. Si un homme chez qui cet organe domine vous rencontre inopinément, il est étonné, il ne revient pas de vous avoir rencontré ; vous avez beau lui raconter la série des événemens par lesquels vous vous êtes trouvé en contact avec lui, il reste sur le même sujet : il est étonnant qu'il vous ait trouvé. Tout étonne donc ces personnes. Elles rient facilement et sans motif de gaieté ; c'est encore ce que j'ai vérifié ; elles admirent et rêvent avec la même facilité. C'est un singulier organe que celui du merveilleux. Mais tous ces mouvemens sont le signe de l'ignorance. Quand on ne sait pas les faits, on se les représente au gré de la faculté, et cela donne des jouissances sentimentales qui détournent de la réflexion et de la vérification. On est attentif à cette espèce de jouissance qui vient de l'étonnement, de la surprise, de la beauté du spectacle, et l'on ne pense pas à réfléchir. Voilà l'organe, que voulez-vous, messieurs! il est dans la nature.

L'illusion est son effet, quand il domine dans l'appareil cérébral, on se livre facilement aux rêveries, on fait des châteaux en Espagne ; les chimères que l'on se représente paraissent réelles ; on éprouve toutes les sensations qui sont aux différens spectacles qu'on se représente en vertu de la faculté. C'est une espèce de rêve tout éveillé. Ainsi les hommes dominés par ce sentiment aiment à réaliser les chimères. Cet organe domine dans le premier âge de notre vie et règne même en souverain. Rien n'est frappant comme le plaisir avec lequel les enfans se prêtent à toute espèce d'illusions, comme ils font attention à tous les contes de fées, de revenans, à toutes les choses extraordinaires qu'on leur raconte. Mais on peut réprimer cet organe pour ceux de la raison, et il faut le faire de bonne heure. Il se conserve aussi bien plus, dans l'âge adulte, chez la femme que chez l'homme. Malheureusement il y a beaucoup d'hommes qui sont femmes sous ce rapport. Présentez à un de ces hommes une chimère, il la croira présente, il la réalisera, il se laissera séduire, et plus elle sera extraordinaire, plus il sera enchanté, plus il sera transporté. Ainsi vous voyez qu'il y a là deux élémens : l'un d'éprouver une émotion agréable ou pénible, mais que l'on cherche toujours à prolonger par la représentation, le récit ou la remémoration des choses extrêmement saillantes, extraordinaires ; l'autre, de les inventer soi-même, en se figurant les faits autres que ce qu'ils sont ; ce qui implique l'ignorance des véritables faits, et surtout celle des causes.

J'ai cherché à vous donner une définition positive de cet organe.

Applications.—Voici les applications qu'on lui trouve

dans l'ordre social. Sur ceci il n'y aura pas motif de risée, parce que ce sont des faits que nous allons exposer, et les faits ne sont pas risibles.

La première application se trouve chez les premiers apôtres des religions, parce que les religions ne vivent que de merveilleux. Seconde application, chez toutes les victimes des idées religieuses, chez les possédés, chez tous les illuminés, qui ne le seraient pas si les religions et la représentation des choses non naturelles ne les avaient rendus tels. Chez les prédicateurs des religions, qui ont besoin de cet organe; il faut effectivement qu'ils représentent le merveilleux, sans cela ils resteraient au dessous de ceux de leurs confrères qui sauraient mieux l'exploiter. Vous sentez qu'un logicien en chaire sacrée ne causerait aucune émotion. Il en serait ainsi d'un naturaliste, d'un mathématicien; un homme qui voudrait appuyer une religion quelconque de preuves physiques et mathématiques, deviendrait l'objet de la risée, ou du moins il provoquerait le bâillement et le sommeil; mais celui qui présente une foule d'images ou d'idées extraordinaires, qu'il donne pour de la réalité, excite les passions de toute espèce et est couru par le public. Mais faites attention à ceci. Un spectacle extraordinaire, qu'il fut séduisant de beauté ou repoussant de laideur, ne provoquerait que des émotions passagères s'il était sans vie; il faut toujours que ce spectacle soit animé par les passions, et le modèle en est nécessairement puisé soit chez l'homme soit chez les animaux. Des monstres sont créés par les combinaisons diverses de ces élémens puisés dans nos perceptions, et les passions des auditeurs et des spectateurs sont excitées. Ainsi la faculté appelle à son secours toutes les autres.

Une autre application s'observe chez les comédiens; ils agissent d'après le même mobile que les prédicateurs; ils représentent aussi des passions exagérées, qu'ils n'éprouvent pas, il est vrai, tandis que les prédicateurs peuvent parler d'après de véritables convictions. Pardonnez ce rapprochement. Je respecte toutes les croyances, mais il faut que je note les faits.

Chez les poëtes, surtout épiques et tragiques, les musiciens qui traitent des sujets surnaturels, dits sacrés, qui vivent d'illusions, qui passent leur vie dans la réalisation d'objets fantastiques, l'application de la faculté est fort évidente.

Elle ne l'est pas moins chez les artistes, architectes, statuaires, peintres, dont l'occupation continuelle est de représenter aussi les idées prétendues surnaturelles, et qui, sans les exprimer par la parole, en rappellent les émotions dans leurs ouvrages, par le coloris, par les formes, par le dessin des groupes, etc., car cet organe étend son influence sur les productions de toutes les facultés humaines.

Cette influence se trouve également dans les appareils religieux, dans les décorations, les illuminations, la musique, le chant des religions qui emploient ces moyens pour se faire des prosélytes, car toutes ne les emploient pas. J'ai l'honneur d'être écouté par beaucoup de personnes instruites, et comme la liberté de la pensée et de la parole existe, je vous rappellerai à cette occasion que les protestans n'emploient pas ces moyens; ils se contentent de la morale, tandis que les catholiques mettent en œuvre toutes sortes de séductions et entre autres des moyens parfaitement analogues à ceux de l'Opéra pour entretenir la chaleur de leurs prosélytes. Ce rapprochement ne vous étonnera pas sans doute; Luther et Calvin l'avaient fait avant moi. Ce n'est pas de nos jours qu'on pendra ni qu'on brûlera ceux qui compareront le culte catholique au grand Opéra. (applaudissemens.)

Nous sommes ici dans l'observation de l'homme, dans l'histoire naturelle; nous disons qu'il y a des religions qui emploient la séduction, et qu'il y en a d'autres qui ne l'emploient pas. Qu'on nous interpelle pour cela, nous sommes prêts à répondre; nous n'attaquons ici ni le fond, ni les formes des religions; nous étudions les actions et les combinaisons des facultés dont le crâne humain renferme les instrumens.

Chez les poëtes qui ont décrit ce que les sens ne peuvent atteindre, Milton, le Tasse, le Dante, notre organe agit encore avec une puissante énergie. Milton nous a décrit le paradis terrestre, la révolte de certains anges, et la chute du premier homme, ce qu'il n'aurait pu faire sans l'influence de la faculté. Le Tasse, auteur de la *Jérusalem délivrée*, s'est laissé aller à des idées ascétiques qu'il a puisées à la même source. Mais le Dante est remarquable par l'association de la destruction, armée de toutes ses colères, avec l'idéalité et le merveilleux. Il s'est attaché à peindre l'enfer et ses tourmens; il a raffiné sur les souffrances, les tortures, plus qu'aucun inquisiteur ne pourrait le faire. Tous ces tableaux sont rendus avec une grande force d'expression. Le Dante a donc mis en œuvre, avec la faculté du merveilleux, celle de la parole, celle du mètre, et les autres facultés théâtrales, sous la direction d'une vive intelligence, mais d'une intelligence séduite par les mythes de tout genre, et surtout par ceux du catholicisme.

En religion, on trouve encore cet organe chez les écrivains d'un autre genre. Swedenborg a osé décrire le paradis, la manière dont les anges, les archanges, etc., sont groupés dans le ciel; cet homme s'était figuré qu'il avait des rapports avec ces intelligences, supposées intermédiaires entre Dieu et les hommes, et il a rendu compte de toutes ces rêveries dans un livre volumineux. Ne croyez pas, messieurs, qu'il faille être imbécile ou fou pour lire de pareils ouvrages; il y a des organisations raisonnables sous d'autres rapports, qui sont faites pour cela. On ne nous défendra pas d'en faire la remarque, j'espère. Berbiguier, qui a écrit trois volumes sur les farfadets, les romanciers merveilleux, et l'auteur d'un roman intitulé *le Moine*, ont encore obéi aux suggestions de notre organe. *Le Moine* est un chef-d'œuvre d'invention et d'esprit, dans lequel, avec un ton de philosophie et sans aucune expression d'enthousiasme, l'auteur vous fait passer sous les yeux les merveilles les plus extraordinaires en démonomanie, possession, obcession, magie, sortiléges, etc.; c'est par conséquent une association de raisonnemens et de logique avec le merveilleux, tout à fait étonnante. L'auteur de ce roman est

pour moi un homme extraordinaire en ce genre et qui n'a pas été égalé. Si vous n'êtes pas trop affectibles par la diablerie et la sorcellerie, lisez-le ; si vous y êtes trop sensibles, ne le lisez pas.

Mais croyez-vous que cette faculté borne son influence à ces sortes, je ne dirai pas de sciences, mais à ces sortes d'exercices de l'intelligence. Non, messieurs, elle ne s'arrête pas là ; dans les sciences, on retrouve encore le merveilleux. Bien des savans préfèrent le merveilleux, dans les descriptions de la nature, aux faits démontrés. Vous avez eu naguère ici, dans l'Institut, un homme fameux dans ce genre, Dupont de Nemours, qui traduisit en fort jolis vers les chants du rossignol. Il faisait de la littérature au lieu d'histoire naturelle. Si nous ne traitions pas un sujet aussi grave, je vous aurais récité cette chanson, parce que malheureusement ou heureusement j'ai la mémoire du mètre assez prononcée. Je dis malheureusement, car elle ne me sert à rien, je voudrais la changer pour une autre qui me manque. Au surplus, cet auteur n'est pas le seul qui ait fait des romans sur la nature, et des romans qui tiennent du merveilleux, qui sont extrêmement séduisans, et qui réussissent d'une manière prodigieuse, chez les gens du monde.

Messieurs, il faut s'exécuter : quoique médecin, j'avouerai que les médecins ne sont pas exempts du merveilleux. Ils personnifient la nature, les maladies, les forces vitales ; ils font des puissances occultes, ils les multiplient, et les font jouer comme des entités tout à fait merveilleuses. On a cité les magnétiseurs, les homœopathes, parce qu'on a remarqué chez eux une saillie de cet organe. Quel malheur qu'on ait des signes physiques pour connaître les aptitudes, et que ces beaux vers :

> Et ne devrait-on pas à des signes certains
> Reconnaître le cœur des perfides humains ?

puissent être réalisés dans l'application. Ne condamnons pas toutefois trop exclusivement ces deux genres d'exercices intellectuels : il y a quelques faits qui servent de fondement au magnétisme et à l'homœopathie ; mais ces faits sont exagérés par les sectateurs *quand même*, qui poursuivent ces séries d'idées. Ainsi je prie messieurs les homœopathes, si j'ai l'honneur d'en avoir quelques uns parmi mes auditeurs, de ne pas s'offenser de ce que je dis. Moi-même, j'ai essayé l'homœopathie, et je ne renonce pas à diriger mon attention sur tous les faits d'homœopathie et de magnétisme qui se présenteront ; mais je ne saurais empêcher que, chez les homœopathistes, déterminés, exclusifs, et chez les magnétiseurs, qui ne s'occupent que du magnétisme, les phrénologistes n'aient observé la saille de notre organe. Je ne suis ici que l'historien des faits. En un mot, car il faut pourtant me résumer, chez tous les hommes qui, séduits par le plaisir de l'illusion, aiment mieux rester dans cette illusion et en jouir, que de vérifier par l'observation si leur croyance est juste et fondée, et qui détournent leur attention de la démonstration de la vérité, l'organe dont nous traitons se trouve toujours prédominant. Il en est effectivement, qui disent : Ah ! ne me sortez pas de mon illusion ! Ils ressemblent à ce jeune homme qui, rêvant à sa maîtresse, au bonheur qu'il a de la posséder, se réveille, reconnaît son erreur, et cherche à se rendormir, pour ressaisir son illusion.

On a noté encore la prédominance de cette faculté chez les femmes du beau monde qui préfèrent la lecture des romans à celle de l'histoire. Et à cette occasion, il faut faire une remarque extrêmement importante, c'est que la lecture des romans est très-nuisible à la jeunesse. Quelquefois on conseille aux jeunes gens de lire les romans pour se former le style ; c'est un prétexte illusoire ; tout en se formant un style, et un style faux, ces jeunes gens prennent des idées également fausses de la scène du monde, idées dont ils seront cruellement désabusés par l'expérience. Les suggestions de l'organe du merveilleux sont toujours trompeuses.

Défaut. — Le défaut de cet organe laisse l'homme insensible à toutes ces jouissances dont je viens de vous entretenir, il ne s'occupe que des faits, et s'il n'a pas l'imagination déréglée, il va directement au réel, lorsque d'ailleurs son organisation intellectuelle le lui permet.

Auxiliaires.—Les auxiliaires de la merveillosité doivent maintenant vous être indiqués : c'est d'abord l'espérance, ensuite l'idéalité. Lorsque l'espérance et l'idéalité ou imagination, s'associent à la merveillosité, c'est la plus déplorable combinaison qu'il soit possible de rencontrer en ce genre. Ce sont des joueurs, ou ce sont des gens qui consacrent tout leur temps à la contemplation, à la recherche des chimères, et qui vont jusqu'au point de négliger le soin de leur propre existence et de celle des personnes qui devraient leur être le plus chères au monde.

La grande facilité d'élocution me semble être aussi un moyen de séduction, car nous n'avons pas d'organe qui n'ait son influence, et comme je vous le dirai bientôt en parlant de la parole, celui qui possède à un degré éminent le talent de l'élocution, se complaît dans la construction de ses phrases ; il est en admiration devant les beautés de ses expressions, il est capable de parler pendant fort longtemps sans rien dire. Ces hommes se laissent séduire par eux-mêmes ; ils sont leurs propres victimes.

La musique compte aussi parmi les auxiliaires, car de là résultent des émotions qui sont plus agréables que la réflexion. Il faut convenir que les émotions de la musique sont nécessaires aux riches oisifs qui ne savent quel emploi faire du temps ; aussi les opéras, les concerts, sont-ils peuplés, en majorité, de ces personnes oisives qui ont besoin d'émotions. L'Italie en fournit de nombreux exemples. La musique du moins les sort momentanément de leur état d'apathie. Elle exerce moins d'influence parmi nous, depuis que le peuple français s'occupe de ses affaires ; moins encore en Angleterre. Toujours est-il que la musique détourne l'homme de la pensée pour le porter à l'émotion. C'est ainsi qu'elle devient un des grands auxiliaires du merveilleux.

La musique est aussi mise à contribution pour expri-

mer les sensations qui se rapportent à la merveillosité ; elle devient ainsi l'instrument de cette faculté.

Un autre auxiliaire se trouve dans la vénération. La vénération ne se joint pas toujours au merveilleux ; car il n'y a pas de loi pour l'association des organes. Vous ne pouvez pas conclure, de la prédominance d'un organe, qu'un autre organe est ou n'est pas très-développé. La nature a voulu déconcerter ceux qui auraient la prétention de fonder des systèmes sur ces sortes d'associations, et c'est cette discordance qui, en même temps qu'elle prête des objections à nos adversaires, nous sert aussi de justification; parce qu'enfin il est vrai que toutes sortes de combinaisons sont possibles. La vénération étant jointe au merveilleux lui prête des forces, et produit l'adoration. La vénération seule ne la produirait pas; il y a un sentiment plus profond, représenté par cette expression *adoration,* que le mot *vénération* ne rend pas; et comme cette expression *adoration* existe dans toutes les langues, on ne peut pas nier l'existence du sentiment qu'elle représente. Vous voyez qu'ici je me range du côté de la philosophie écossaise ; c'est que je ne cherche que la vérité. Eh bien! je dis que, dans l'adoration, il y a quelque chose de plus que dans le merveilleux, et quelque chose de plus que dans la vénération. Il me semble (je ne me donne pas pour autorité irréfragable, hélas! il s'en faut bien! j'ai trop souvent gémi sur les faiblesses de l'intelligence humaine), il me semble que l'adoration se compose de la vénération et du merveilleux.

Parmi les facultés réceptives qui peuvent aider celle-ci, il me paraît que le *coloris,* la *représentation des lieux* ou la *localité* doivent figurer en première ligne, comme lui procurant des moyens. Mais, messieurs, et je fais ici un temps d'arrêt, non pas parce que les faits me manquent, mais parce que je veux appeler votre attention sur ces faits.... Eh bien! en voici un, c'est que ces facultés peuvent être et sont fréquemment subjuguées par le merveilleux. Ce merveilleux se sert de toutes nos facultés; il les subjugue avec la plus grande facilité lorsqu'il est extrêmement fort, et quand il est aidé par l'exercice, par l'éducation, par l'exemple surtout, le terrible exemple, rien n'est plus fort que ce sentiment qui agit par le moyen de l'excitation la plus passionnée.... Vous trouvez une preuve du secours que le coloris, les formes et les localités prêtent au merveilleux, dans les décorations dont on entoure les mystères de quelques cultes, dans celles de nos opéras et dans celles dont s'environnent tous les princes.

Antagonistes. — Parmi les facultés opposantes, il faut placer comme très-importante, la circonspection, dont je vous ai amplement entretenus il y a peu de jours : la circonspection arrête toutes les idées, toutes les émissions de pensées, toutes les manifestations de sentimens. Elle les retient, elle les fait, en quelque sorte, rouler dans l'intérieur de la tête (je me sers ici d'un langage figuré, car ce sont les mouvemens nerveux auxquels tiennent ces phénomènes qu'elle doit retenir dans le cerveau), elle les fait séjourner sous les yeux de l'intelligence (autre figure), afin que cette faculté ait le temps de déterminer l'emploi qu'elle peut en faire.

C'est donc une bien puissante faculté que celle de la circonspection : je vous en ai fait un grand éloge, quoique je ne l'aie pas à un degré *prédominant;* mais j'en possède assez, ce me semble, pour pouvoir, avec beaucoup d'observation, en apprécier l'importance, sentir en grande partie ce qu'elle vaut, les avantages ou les inconvéniens qui y sont attachés. Eh bien! la circonspection est l'opposant, le correctif, autant que possible, de la merveillosité; cependant elle peut encore être assujettie par la merveillosité, même sans que celle-ci domine; l'homme pèse tous les motifs qu'il a d'émettre ses idées sur le merveilleux, puis, s'il se croit assez de motifs pour le faire, il les émet.

Ainsi, messieurs, le principal correctif n'est pas là. Où se trouvera-t-il donc, direz-vous, ce correctif si important, si nécessaire? car tous les hommes seraient des fous si cette faculté prédominait constamment dans l'espèce humaine. Il se trouve dans la raison, c'est-à-dire dans le groupe du haut du front, composé du jugement et de la tendance à la recherche des causes, avec l'aptitude à les découvrir ; encore faut-il que ces facultés-là soient aidées par celles de la représentation des objets. En effet, pour corriger les influences si puissantes du merveilleux, il est d'abord nécessaire que les faits soient bien distingués, qu'on ne les confonde pas les uns avec les autres, c'est-à-dire que les deux lignes transversales inférieures du front, destinées à la réception des objets, soient fortes et bien prononcées; ensuite il faut, avec cela, que la région supérieure du front soit aussi bien développée, afin qu'après avoir bien vu les faits, on les juge convenablement; c'est alors, et seulement alors, qu'existe le correctif du merveilleux. Mais bientôt nous arriverons aux facultés intellectuelles, et je vous dirai là-dessus des choses qui, ce me semble, sont très-importantes à savoir. Si le jugement n'est pas assez fort, ainsi que la faculté d'apercevoir l'enchaînement des causes, les facultés inférieures du front, les facultés de réception, celles qui font connaître les attributs des corps, tournent toutes à l'avantage du merveilleux. Il se sert de tout cela, et s'appuie sur la nature tout entière; il est alors excessivement séduisant, et rien n'est plus difficile que d'y résister, parce qu'il semble trouver son appui dans l'histoire naturelle, dans la science proprement dite.

Réflexions. — D'après tout cela, messieurs, vous pouvez juger ce que c'est que l'organe du merveilleux. Voici maintenant les réflexions que j'ai à vous soumettre sur toutes ces questions. La merveillosité est la source de jouissances auxquelles d'abord on sacrifie tout dans le jeune âge, mais qui diminuent peu à peu avec le temps, et qui se détruisent par l'expérience de la vie, expérience qui désillusionne, comme on le dit vulgairement.

Autre réflexion : l'étude et l'observation de la nature sont le correctif par excellence de cet état d'illusion. La raison en est bien simple : c'est que toutes les merveilles factices tombent devant la grande merveille de

la nature, attendu que les petites merveilles, sorties des cerveaux fêlés, ne sont que de misérables et fausses copies de quelques-uns des faits de la nature, de pitoyables exagérations et de ridicules défigurations des grands faits, des immenses faits de la nature; de sorte que si vous pouvez arriver à lever simplement une petite portion du voile de ce grand tableau, toutes les merveilles factices tombent devant la contemplation de la nature et de son moteur suprême.

Voici d'autres réflexions encore : l'ignorance étant notre état natif, état dont je me propose de vous entretenir en parlant des facultés intellectuelles; état sur lequel on se tait, sur lequel les psychologistes, les métaphysiciens tirent le rideau; l'ignorance, dis-je, étant l'état natif de l'homme, doit nécessairement persister chez les masses, parce qu'il n'y a pas moyen d'instruire profondément les masses. Eh bien! qu'est-il arrivé, les choses étant ainsi dans l'ordre naturel? que les hommes supérieurs, ceux qui, mieux organisés que les autres, se sont trouvés les premiers instruits et ont entrepris de civiliser les masses, ont dû s'adresser aux sentimens et aux instincts dominans. Que vouliez-vous qu'ils fissent? Pouvaient-ils s'adresser aux connaissances? Il n'y en avait pas dans l'état sauvage. Les connaissances sont difficiles à acquérir; c'est un apprentissage dur et pénible que celui des faits. Les faits ne semblent pas d'abord offrir d'intérêt. J'ai l'honneur de parler à un auditoire où il y a beaucoup de personnes qui se sont appliquées à l'étude des faits; eh bien! tout vous a paru rebutant, sec, incohérent, dans les premiers faits que vous avez appris. Ce n'est qu'à force de temps, de réflexion, que vous avez commencé à apercevoir des rapports entre ces faits. Dès que vous avez saisi ces rapports, vous avez éprouvé une véritable affection pour les faits, vous les avez mis au-dessus des chimères; mais il vous en a beaucoup coûté pour cela, car c'est dans l'illusion que nous sommes tous élevés. Eh bien! le vulgaire reste toute sa vie dans l'état d'illusion où nous étions avant l'étude et l'observation; il ignore presque tout, il se laisse aller aux sentimens qui le séduisent; et parmi les sentimens, il n'y en a pas de plus forts que l'imagination et que la merveillosité.

Que vouliez-vous donc, je le répète, que fissent les législateurs? Ils se trouvaient de toutes parts débordés par les penchans qui conduisent la multitude; ils ont dû s'adresser aux penchans qui la dominaient, pour gouverner les hommes, pour les rassembler, pour les réunir en société. Qu'ont-ils fait? Ils se sont servis de deux groupes d'organes que vous connaissez maintenant très-bien, des organes latéraux, des organes de l'égoïsme, et ensuite des organes de la vénération et de la merveillosité. Ils ont dit aux hommes : « Voilà des moyens pour satisfaire à vos premiers besoins; réunissez-vous pour en jouir et pour vous en assurer la continuation.» Puis remarquant que ces hommes étaient crédules, disposés au merveilleux, ils ont ajouté : « Il y a là haut des puissances suprêmes qui vont vous écraser si vous ne faites pas ce que nous vous prescrivons. Les dieux sont bons, mais ils sont justes : il faut leur obéir. »

Or, comme tout homme possède, du plus au moins, le sentiment de la justice, les législateurs ont été compris, et les sociétés ont commencé à s'organiser.

Ainsi toute civilisation a dû commencer par ces deux points : premier point, donner de quoi manger, de quoi s'abriter, de quoi satisfaire les organes postérieurs et latéraux; ensuite, imprimer le respect et même la crainte d'une vengeance supérieure si l'on enfreint les lois qui sont imposées; aussi, ne trouvez-vous, dans le commencement des histoires de tous les peuples, que des guerres pour acquérir des propriétés, ou des guerres de religion, c'est-à-dire des guerres de croyances fondées sur le merveilleux et sur la vénération. Ensuite, lorsque peu à peu, à cet état violent, succédèrent la vie tranquille et l'abondance, les sciences furent cultivées, leur tour vint, la vérité commença à se faire jour. La science fait des progrès lens nécessairement, parce qu'il lui faut beaucoup s'agrandir, tandis qu'il n'en faut pas, il ne faut que les époques de rigueur au développement du corps, pour amener celui de toutes les passions et de tous les sentimens. C'est un grand fait que celui-là, je le répète : il ne faut que le développement du corps pour les passions; mais, pour la science, il faut, avec de longues années, un travail soutenu, énorme, et le plus souvent forcé. Oui, forcé, car si vous ne forciez pas la jeunesse au travail intellectuel, elle se laisserait aller nécessairement aux sentimens qui lui causent des émotions plus vives, et l'intelligence resterait à la disposition des passions.

Vous voyez, messieurs, comment la phrénologie se rattache à l'histoire, à la morale, à ce qu'il y a de plus relevé parmi les hommes. Nous sommes dans une période très-remarquable : le temps de la science est arrivé; le temps des illusions passe, mais passe avec lenteur, parce que la science ne peut pas pénétrer dans les masses. Et puis, il y a tant d'hommes astucieux, spéculateurs, qui veulent profiter de la disposition des masses à la crédulité; je dis plus, parmi ces hommes qui savent, il en est un grand nombre qui affectent la crédulité, quoiqu'ils ne l'aient plus, pour arriver à leurs fins, que.....

Exemples. — Nous possédons des têtes où cette faculté prédominante a produit des effets divers, suivant les organes avec lesquels elle se trouvait combinée.

Voici d'abord un musicien, c'est Newkom. Eh bien! son talent musical s'est dirigé vers des sujets religieux. Même observation à faire sur Roland, dont la verve poétique s'est exercée sur des sujets sacrés. Cette tête vous offre l'occasion d'observer le développement simultané des deux circonvolutions voisines que Gall avait affectées au talent poétique : voyez quelle forte saillie la coïncidence de ces deux organes produit aux régions latérales supérieures et antérieures de la tête. La masse est ici beaucoup plus considérable que chez Newkom. Dans cette autre tête, celle de Demorlanes, le merveilleux s'est trouvé associé avec l'espérance et avec la bonté; mais il y a de l'acquisivité. Aussi cet homme a-t-il fait lui-même sa fortune, et il l'a faite avec des moyens conformes à son organisation, en mettant à

profit ses connaissances en physique pour donner des représentations fantasmagoriques d'un effet magnifique, surprenant, mêlées de chant et de musique. Il y représentait les beautés du ciel et de la terre, et s'y montrait déguisé en génie, dans un accoutrement magnifique et resplendisant de diamans et de pierres précieuses.

Toutefois, son goût pour la métaphysique finit par l'emporter; il se retira dans la solitude pour s'y livrer plus à loisir. Mais, comme ses facultés intellectuelles sont un peu faibles, il tomba dans la divagation. Cet homme croit à l'astrologie, à la théurgie, à la chiromancie, à la nécromancie, et par là se met en rapport avec l'univers entier. Il possède une bibliothèque curieuse en ce genre. Les astres, le soleil, la lune, sont suspendus dans sa chambre. Il se livre à la contemplation, et quoiqu'il ait eu sa première inspiration dans l'église de Sainte-Geneviève, où il entendit les anges, il n'admet pas le culte catholique dans tous ses points. Il nie la divinité de Jésus-Christ, qui n'est pour lui qu'un sage et un philosophe; il raisonne faux sur une foule de questions, même étrangères à sa monomanie. Du reste, il est crédule, obligeant et de bonne foi; mais il est aussi économe, fort rangé, et incapable de compromettre sa fortune. La mémoire des faits lui manque souvent; aussi voyez-vous une dépression au milieu du front. Il a renoncé aux femmes depuis longtemps, et la petitesse du cervelet montre assez que ce sacrifice lui a peu coûté.

Ainsi, vous le voyez, la force est ici dans le merveilleux, la vénération, l'espérance, la bonté et la gaieté; la faiblesse dans l'intelligence, l'éventualité et l'érotisme. La conformation de la tête répond parfaitement à ces dispositions du moral.

La tête de Destainières n'est pas moins curieuse; cet homme eut autrefois une attaque d'hémiplégie, causée par le chagrin de la perte de sa femme. Depuis cet événement, ses idées se dérangèrent, mais d'une manière conforme à son organisation. Voici les traits principaux de sa folie : singularité qui le porte à rester quinze mois sans se coucher, d'où résulte un œdème des jambes; ambition des titres et des hautes dignités dans la magistrature, vous voyez la saillie postérieure et supérieure de la tête; provocation facile de l'indignation par les injustices, auxquelles il est très-sensible, l'organe de la conscience est aussi très-développé; franchise et peu de discrétion, la circonspection ne prédomine pas; crédulité extrême, espérance et grand désir d'avoir, il rêve continuellement à des trésors, à des récompenses qui l'attendent pour de grands services qu'il a rendus, pour des secrets qu'il a communiqués à des rois, à des empereurs, car il en a pour toute espèce de guérison, pour faire trouver de grands trésors, et sa crédulité n'a point de limites. Voilà les effets de l'organe des visions ou du merveilleux. Il s'est ruiné à la loterie, croyant y faire sa fortune; même influence de cet organe, dont vous pouvez contempler l'extrême développement; il s'y joint de l'espérance. Il se figura un jour, par la même suggestion, que Napoléon était détenu chez le docteur Esquirol pour cause d'aliénation mentale, et lui écrivit deux lettres, où il consigna des mots extraordinaires, barbares, qu'il lui enjoignait de prononcer, et il attribua sa prétendue guérison à ces mots, et aux pratiques secrètes auxquelles lui Destainières s'était livré dans l'intention d'agir sur l'empereur. Superstitieux à l'excès, il croit aux songes, aux sylphes, aux gnomes, à l'immortalité de l'ame, et vend des talismans à ceux qui veulent faire leur salut, et se préserver de tous maux. Il a beaucoup de tendance à la personnification; il juge mal, et ne compare pas mieux, ce qui ajoute encore à sa crédulité. Eh bien! examinez sa tête, voyez comme le merveilleux l'emporte sur la comparaison et la causalité. Il a toujours été fort lubrique, et vous pouvez juger que son cervelet est aussi prononcé que celui de Demorlanes est déprimé. En un mot, le genre de folie de cet homme extraordinaire est en tout parfaitement conforme à son organisation. Cette vérité doit vous frapper.

Voici Harris, cet ingénieur qui s'est fait prédicateur errant. Il est visionnaire comme les précédens. Observez l'arc sourcilier, il est extrêmement développé, et par la même raison, tous les organes des attributs des corps le sont beaucoup, y compris l'éventualité, mais cela ne suffit pas pour faire un homme positif; l'intelligence est faible, et le merveilleux s'élève monstrueusement sur les parties latérales et supérieures de la tête, pour former, avec la vénération qui est extrême, un monticule qui domine toute la région supérieure ou le vertex. Ne soyez donc pas surpris du genre d'aberration de ce singulier personnage.

Nous possédons encore d'autres exemples de délire, avec visions et fantamagories sacrées ou profanes; mais ceux-là suffiront pour vous guider dans les recherches que vous voudrez faire. Je terminerai donc ces exemples en vous montrant l'organe du merveilleux, sur des têtes où les influences qu'il exerce n'ont pu conduire à l'aberration mentale, corrigées qu'elles étaient par celles des organes supérieurs et surtout par une belle intelligence.

C'est, en effet, ce que vous pouvez constater sur les têtes du curé Charpentier, de François, ce poëte naturel dont je vous ai déjà parlé, de Casimir Perrier, de Benjamin Constant, de Bagnole, et même du général Foy. Spurzheim avait aussi cet organe assez développé : mais combien de grandes facultés pour réprimer les écarts qui peuvent en être les conséquences!

La merveillosité nous paraît, comme l'idéalité, une ampliation de l'intelligence, une faculté destinée à multiplier les jouissances intellectuelles, par le plaisir qui est attaché au sentiment du beau et du sublime, de ce qui excite l'admiration. Il en résulte un élan sentimental qui ne saurait être défini, car on ne peut que le sentir; mais qui vient parfois, tout à coup, donner aux traits une expression extraordinaire, en quelque sorte radieuse, et au langage une expression sublime, entraînante, par des images, des rapprochemens, des comparaisons qu'aucune autre faculté ne peut suggérer. Le merveilleux est donc une sorte de parure de l'intelligence; mais il est essentiel qu'il ne l'emporte pas sur cette dernière, que le sujet apprécie bien la valeur de la

merveillosité, et qu'il ne s'en serve que dans des circonstances opportunes, pour obtenir des résultats conformes à la raison et au vœu des autres sentimens supérieurs. Aussitôt que ces bornes sont dépassées, et c'est surtout la faiblesse de l'intelligence qui permet à la faculté de les franchir, il n'y a plus que divagation et folie. La vie n'est plus qu'un délire perpétuel que l'état de veille et les impressions multipliées des objets réels ne peuvent dissiper.

N'oubliez pas non plus, messieurs, ce que je viens de vous dire, dans mes réflexions; c'est que les instincts d'égoïsme, sous la direction de la ruse, savent exploiter le sentiment du merveilleux, comme celui de la vénération, comme tous les sentimens élevés, dans les intérêts les plus vils. Soyez donc toujours en garde contre la ruse et les intrigues qu'elle emploie, et faites des vœux avec nous pour que les postes les plus importans de l'ordre social ne soient plus envahis par ces têtes à grosses éminences dominant les deux oreilles, avec dépression et aplatissement du vertex.

Les exemples négatifs se trouvent en abondance sur les têtes des suppliciés; ce qui me semble faire honneur à nos jurés, en matière criminelle. Vous les connaissez déjà ces têtes hideuses dont le sommet est évidé sur les parties latérales, de manière à représenter le toit d'une maison. Regardez-les encore, et vous vous assurerez que la vénération, l'idéalité et le merveilleux y manquent presque toujours; s'il en paraît quelques traces, la force de la destruction et de la propriété, et la faiblesse de l'intelligence et de la bonté en neutralisent ordinairement les influences.

Nous ne pouvons, à la vérité, vous offrir que des têtes provenant des gibets de Paris et de quelques villes voisines; peut-être que si nous avions des échantillons de ces brigands fanatiques qui désolent encore parfois les contrées de l'Ouest, nous trouverions plus de traces de l'organe du merveilleux; mais je ne saurais croire que la destruction et la propriété ne s'y trouvassent pas associées, ni que l'intelligence et les sentimens supérieurs y fussent convenablement développés.

Animaux. — Quant a ce qui concerne les animaux, nous n'avons pu rien trouver dans les écrits des phrénologistes qui nous autorisât à leur accorder quelques traces de l'organe que nous venons d'étudier. Nos observations propres étant également muettes sur ce point, nous ne vous en parlerons pas et nous terminerons ici la séance.

TREIZIÈME LEÇON.

22 *Juin* 1866.

19. IDÉALITÉ.

Messieurs,

Les facultés que nous avons à traiter aujourd'hui sont peut-être les plus difficiles de celles que l'on classe parmi les sentimens. Nous avons d'abord l'imagination, faculté qui a été reconnue de tout temps, *organe de la poésie*, suivant Gall, *idéalité* suivant Spurzheim, et tout récemment partagée en deux facultés par M. Vimont sous deux expressions différentes, *sens du goût dans les arts* et *esprit poétique*. Les phrénologistes anglais, écossais, danois, l'ont admise, aussi bien que Combe, sous le nom d'idéalité. C'est, ainsi que je vous l'ai dit, cette faculté qui est désignée par les philosophes sous le nom d'imagination.

Situation. — Sur les parties latérales de la tête, entre le merveilleux et la construction, après la ligne du bord inférieur de l'os frontal, où s'insèrent les dernières fibres du muscle crotaphite ou temporal; c'est précisément là qu'il devient saillant, à l'extérieur du merveilleux, au-dessus de la construction et de la propriété, en avant de la circonspection. Tels sont les rapports de cet organe; il offre une forme allongée. On a soustrait une partie de cet espace pour la réunir avec la portion supérieure de la construction, afin d'en faire le sens du goût dans les arts, et la partie supérieure est restée au sens poétique.

Je vous fais part de toutes les opinions, sachant bien que le sophisme peut en tirer parti contre la phrénologie; mais les plaisanteries qu'on pourrait faire à cet égard tombent d'elles-mêmes, parce que toutes les sciences commencent de cette manière-là. Il y a toujours des points certains et des points incertains. Comme dans tous les siècles, il y a des plaisans qui s'amusent des points incertains, mais comme ces sciences ne laissent pas, malgré cela, de faire des progrès, les moqueries ne doivent pas empêcher la phrénologie de marcher.

Cette faculté porte le n° 19. Ceux qui ont des petites têtes-modèles peuvent regarder à ce numéro.

Voilà donc ce qui est relatif à la situation et aux rapports da cette faculté, d'après les observations empiriques des phrénologistes.

Opinions diverses sur l'influence primitive. — Maintenant passons à l'action ou l'influenee directe. C'est là, Messieurs, qu'est la difficulté, parce qu'il y a des opinions extrêmement variées. Je vais d'abord vous les présenter en résumé.

On a dit que cette faculté consistait à inventer, à créer des formes qui n'étaient pas dans la nature. D'autres ont répondu : On n'invente rien; tout ce qu'on peut faire, c'est de combiner diversement les objets qui ont frappé nos sens, et de les arranger de manière à produire plus d'effet qu'ils n'en produisent dans la nature; en un mot, à embellir la nature. De là la tendance attribuée à cette faculté vers le beau idéal; c'est le mot que vous entendrez le plus souvent répéter quand il s'agira des produits des beaux-arts.

Le beau idéal! qu'est-ce que cela veut dire? Si les objets qu'on vous présente ne sont pas conformes à la nature, ce sont des monstres. N'importe, répliquera-t-on; à la représentation de ces monstres s'attache un certain plaisir. Ainsi on accumule toutes les facultés, tous les attributs de la beauté sur un objet, tous les attributs de la laideur sur un autre, tous les attributs

de la grandeur sur un troisième, tous les attributs de la bonté sur un quatrième. On accumule tout cela, autant que la vraisemblance l permet, sur un personnage, sur un édifice, sur un animal, sur un pays, sur n'importe quel objet, et l'on fait ainsi ce qu'on appelle de l'imagination. On a ajouté, d'après cela, que lorsque cette faculté était portée trop loin, elle poussait à l'enflure, c'est-à-dire que les produits qu'elle donnaient s'écartaient trop, en exagération, de la ressemblance.

D'autres ont dit : Il y a toujours de la fiction dans les formes, les images que cette faculté présente ; d'où il résulte qu'on peut soutenir qu'elle consiste uniquement à faire des fictions, à réaliser l'abstrait ; par exemple de l'amour, en faire une divinité, un cupidon ; de la beauté, en faire une déesse, Vénus, et ainsi de suite. On est parti de là pour supposer que c'était l'imagination qui avait ainsi procédé à la création de toutes les divinités de l'ancien paganisme ; que cette faculté était diamétralement opposée au raisonnement, et qu'elle restait étrangère aux sciences exactes, à la logique, aux sciences d'observation dans lesquelles elle n'a que faire. On a ajouté qu'elle est également étrangère aux sciences physiques, mathématiques, descriptives ; qu'elle ne doit présider qu'aux arts, à la musique, à la poésie, et qu'elle constitue le génie dans ces sortes d'exercices, tandis qu'elle est bien loin d'être le génie dans les sciences et dans la logique; en un mot, qu'elle gâte les sciences, comme le fait le merveilleux, lorsqu'elle s'y associe.

D'autres ont proposé de ne la considérer que sous le rapport de la personnification ci-dessus mentionnée, sans avoir égard aux embellissemens, de se reporter à l'ancienne dénomination, *imagination*, et de ne voir dans cette faculté qu'une tendance à tout réaliser, à tout transformer en images ; ils ont ajouté que, considérée sous ce rapport, elle se confond avec le merveilleux, et que le merveilleux et l'imagination ne constituent en effet qu'une même faculté, dont l'effet est de tout réaliser, de tout personnifier, de revêtir les substantifs abstraits des qualités des corps matériels, d'où résulterait que cette faculté serait toujours prête à séduire le jugement, et qu'en effet elle le séduirait souvent, lorsque d'autres qualités très-puissantes ne s'opposeraient pas à son influence.

Il a encore été émis d'autres opinions sur cette faculté. Des philosophes modernes, parmi lesquels je vous citerai Maine de Biran, parce qu'il ne vit plus ; ceux qui font de l'imagination et de la poésie, au lieu de faire de la philosophie, lui font jouer un rôle bien plus extraordinaire. Ils disent que l'imagination s'élance hors de la matière, qu'elle pénètre dans l'essence des choses, qu'elle parcourt l'espace, qu'elle devine ce que la lenteur de la démonstration ne pourra rendre évident que dans plusieurs siècles.

Oui, messieurs, ils la font partir comme une espèce d'oiseau, spirituel toutefois, de la tête où elle est en action, je ne sais comment, car je n'ose dire où elle réside, de peur de rester trop au-dessous d'eux, pour se lancer dans l'empyrée, pénétrer partout, voir tout, planer sur tout, deviner tout dans le présent comme dans l'avenir, s'affranchir des règles de tout art, et enfanter des prodiges que le grossier vulgaire regarde avec étonnement, que le savant admire, mais que personne ne peut expliquer. C'est ainsi qu'ils réfutent les matérialistes et même les phrénologistes.

Vous voyez par nos citations que cette manière de considérer l'imagination est vraiment du romantique ; cela n'a rien de positif, rien qui tienne de l'histoire naturelle, c'est du pathos.

Ce même Maine de Biran n'a pas été plus intelligible lorsqu'il a présenté l'imagination comme une espèce d'intermédiaire entre les facultés sensitives et l'esprit; lorsqu'il en a fait une espèce de dépôt, une sorte de magasin, où sont placées les images qui arrivent par les sens, et sur lesquelles la faculté spirituelle agit, sans toucher cependant à la matière. L'imagination n'est, selon lui, ni spirituelle, ni matérielle, mais elle reçoit, de la matière, des images sur lesquelles l'esprit agit sans se mettre en contact avec les organes.

Messieurs, je ne m'arrête pas à réfuter des assertions de cette nature. Je crois que ces citations vous suffisent pour que vous soyez convaincus que cette faculté n'a pas été considérée d'une manière sage, vraiment philosophique, par tous ceux qui en ont traité ; c'est qu'en effet pour traiter de l'imagination, il faut plus que de l'imagination ; il en faut à la vérité, mais il est nécessaire d'être doué d'un bon jugement, de connaître beaucoup de faits, d'avoir de l'expérience. D'ailleurs pour bien étudier cette faculté, on est forcé maintenant d'avoir égard aux observations faites par les phrénologistes, qui la montrent constamment en rapport avec le développement d'une partie déterminée du cerveau.

Vous voyez, messieurs, que je ne me suis pas encore expliqué sur l'impulsion primitive que nous cherchons à connaître. Je vous demande la permission, après vous avoir fait ces citations, de chercher les applications de cette faculté dans l'opinion, dans le sens commun, parce que je suis partisan de la philosophie écossaise, sous le rapport de l'avantage que l'on retire du sens commun ; je vous dirai ensuite ce que j'en pense.

Applications. — L'opinion générale trouve l'application de l'imagination, d'abord dans la poésie et dans les arts ; c'est là surtout que l'on va en chercher les modèles ; ensuite on en découvre dans l'éloquence, non pas dans celle qui se démontre par la délibération et le raisonnement, ce n'est que de la logique, mais dans celle qui séduit ; il faut bien distinguer cela; nous avons ici parmi nos têtes des modèles de ces deux sortes d'éloquence. Ainsi, l'éloquence qui séduit par les images, qui émeut, qui emporte, qui fait oublier le raisonnement, qui séduit par une émotion intérieure, par le réveil des passions, est celle à laquelle s'applique l'imagination ; partout où l'on se sent ému, on avoue la présence, ou, si vous voulez, l'influence de cette faculté. Ainsi on la trouve dans l'histoire naturelle, sous la plume de Buffon ; plusieurs romans offrent l'esprit poétique, et sont qualifiés de poëmes ; tel et le *Télémaque* de Fénelon, les littérateurs vous diront que c'est un

poëme ; tels sont les contes et romans qui concernent le genre merveilleux, comme les *Mille et une Nuits*. Mais ce n'est pas là tout ; l'imagination s'applique à l'histoire dans les romans dits historiques ; ceux de Walter Scott, créateur de ce genre, en sont remplis, et il n'a pas manqué d'imitateurs. L'imagination s'est glissée dans l'histoire proprement dite ; depuis Vico, on a de nombreux exemples de cette application de l'imagination à l'histoire. Voici comme on y procède. On personnifie une des facultés de l'homme. On vous dira, par exemple : Dans tel siècle, c'est la religion, la voilà personnifiée ; la voilà qui va agir. Dans un autre siècle, c'est une autre faculté, c'est la politique, c'est l'ambition, c'est l'amour propre, etc. On personnifie ainsi une notion abstraite, et on la fait dominer sur tous les événemens d'une époque ; ainsi, religion, conquête esprit d'administration, tout cela est personnifié, et on fait faire à ces facultés tout ce que ferait un homme.

Autre exemple. Sous le nom de progrès, l'imagination s'est aussi emparée de l'histoire ; vous voyez la secte des progressifs, qui a beaucoup de partisans aujourd'hui, personnifier l'humanité, et dire : L'humanité veut telle chose, l'humanité fait telle chose, a tel objet, emploie tel moyen ; et plusieurs de ces auteurs ne descendent pas une seule fois, dans toute l'étendue d'un gros livre, de la hauteur de ces généralités, pour en montrer l'application dans les faits.

Ainsi, messieurs, au lieu de vous raconter les faits et d'en tirer des conclusions pour démontrer le progrès, les perfectionnemens quels qu'ils soient, ces auteurs vous supposent tous les événemens présens à la mémoire, ou plutôt ils les méprisent, car on ne sait vraiment lequel, et les enferment intentionnellement dans quelques unes de nos facultés, qu'ils mettent en action comme des personnages réels. Examinez leurs phrases, vous verrez que chaque faculté qu'ils exploitent a des pieds, des mains, des yeux, un cerveau ; qu'elle médite, délibère, agit, gouverne, s'irrite, s'emporte, se calme, use de prudence, de ruse, de perfidie ; a ses grandeurs, ses petitesses ; en un mot, vous y verrez non-seulement chaque faculté de notre tête, mais encore chacune des modifications de ces facultés, comme un désir, une intention, un projet, une opposition, une résistance, une adhésion érigées en véritables personnages. Ainsi personnifiée, chaque faculté est à son tour mise à l'œuvre comme un héros de roman, sans que jamais un seul mot tende à vous sortir de l'illusion. On a trouvé trop plat le récit simple et sévère des événemens, suivi des conclusions qui naturellement en découlent. On appelle cela *perruque*, et au lieu d'histoire on fait du roman sacré ou profane : mais le sacré est beaucoup plus à la mode; on a rajeuni sa perruque.

Dans la médecine, on trouve aussi de l'imagination. Que peut-elle faire dans la médecine? direz-vous. Elle agit ici de concert avec le vermeilleux, auquel elle fournit des personnifications : ainsi la médecine personnifie la nature, et la traite avec les mêmes phrases qui serviraient à décrire les actions d'un personnage plus ou moins respectable, ou d'une divinité. On la fait agir avec régularité, avec intention, avec projet ; se tromper, se démentir, se rectifier ; on la fait forte, on la fait faible ; on la contient, on la détourne, on la redresse, on la seconde, etc., avec de petits personnages plus ou moins intelligens, qu'on appelle des moyens thérapeutiques, dans les luttes plus ou moins pénibles qu'elle doit soutenir contre d'autres personnages nommés des maladies. Si quelques docteurs susceptibles se fâchent encore aujourd'hui de cette imputation, je leur demanderai si, pour qualifier et faire agir la nature, les forces, les maladies, les médicamens, ils ont des adjectifs, des verbes, des adverbes différens de ceux qui leur servent pour ce double objet lorsqu'ils parlent de l'homme et des autres objets matériels.

Je sais qu'on va dire encore : Mais comment parler sans figures, sans métaphores? Ma réponse est faite depuis longtemps : Servez-vous des métaphores, mais donnez-en l'explication ; c'est-à-dire ayez soin de les réduire en faits, ou du moins ne vous fachez pas lorsqu'on les réduit à cela. Voilà l'imagination appliquée à la médecine.

Dans les religions, mêmes méthodes, car les hommes sont partout les mêmes. Cependant les religions n'admettent l'imagination qu'en sous-ordre, c'est le merveilleux qui occupe la première place. Mais si l'imagination veut s'appliquer aux objets des cultes, on lui permet de les décorer de tous les attributs les plus sublimes, pris dans tous les corps de la nature, dans tout ce qu'il y a de plus étonnant, et alors elle peut exagérer tant qu'elle veut, pourvu qu'elle soit orthodoxe. Cela veut dire, en d'autres termes, que les personnages des religions, quoique modelés sur les hommes, seront appelés des dieux, et qu'on leur supposera le pouvoir d'intervertir les lois de la nature, quoique l'on connaisse à peine ces lois, et qu'on ignore s'il est possible qu'elles soient altérées en un point quelconque. Ici donc l'absurdité se joint manifestement au ridicule ; mais l'imagination a agi de concert avec le merveilleux. C'est tout ce que nous voulions prouver.

Conclusion sur l'action primitive de l'imagination. — Voilà, messieurs, l'histoire abrégée des applications de l'imagination; mais cela est extrêmement compliqué : il y a beaucoup de facultés mises en action. Comment trouver dans tout cela l'impulsion primitive? Ici je ne vais me prononcer, qu'avec circonspection, car je pense que ces questions sont loin d'êtres approfondies et décidées, aussi je suis fort éloigné de vous donner mon opinion comme une loi. Je vous avoue que je penche pour l'opinion de Spurzheim, qui trouve, comme fondement de ce qu'il appelle l'*idéalité*, le goût, le désir du beau, du bien, de la perfection dans l'œuvre. Moi j'y vois la passion de produire ce qui excite l'admiration, avec l'émotion qui y est attachée, et de toujours se surpasser en ce genre.

Quant aux moyens (j'ai besoin ici de m'exprimer lentement), quant au moyens que ce désir, qui serait la faculté primitive, emploie pour se satisfaire, ils doivent être subordonnés aux facultés de l'homme. Ainsi, je veux plaire, et je veux émouvoir ; je veux qu'on dise

cela est beau! moi artiste, moi auteur à imagination, je veux qu'on admire et qu'on soit ému. Pour réussir dans ce projet-là, j'emploierai des moyens conformes à mon organisation; il est certain que je ne pourrai pas me servir de ceux que je n'ai point, et mon premier objet est de me satisfaire. Vient ensuite l'approbation des autres qui m'encourage.

Allons aux faits, aux applications qui servent de type, afin de nous faire entendre. Dans la poésie, comme en toute œuvre, le principal objet de l'auteur ou de l'artiste est donc de faire du beau et d'émouvoir. Eh bien! il commence par prendre son goût pour type de celui des autres; il ressentira ce qui lui semble beau, ce qui l'émeut, et il l'exprimera afin d'exciter chez les autres les mêmes sentimens. La personnification des sentimens, des notions abstraites, l'animation des corps bruts, sont des moyens sans doute, mais il y en a d'autres. Voyons d'abord ces premiers. Le poëte réalise la paresse, il la décrit comme une femme paresseuse; il réalise l'envie, il la décrit comme une femme envieuse; il réalise la puissance, il la décrit comme un prince omnipotent, c'est Jupiter; il réalise la valeur, il la décrit comme un guerrier toujours triomphant : c'est Mars; il réalise la sagesse; il la décrit comme une femme sage, quoique jeune, car il lui faut l'émotion avec l'admiration, c'est Minerve; il réalise la beauté, il la décrit comme une jeune fille parfaite, c'est Vénus, et ainsi de suite. Un animal n'a pas assez de facultés pour intéresser vivement, il lui prête celles de l'homme; l'éclat et le parfum de la fleur ne lui suffisent pas, il y cache une nymphe, un héros; l'arbre qu'on va couper n'a pas assez de vie, il y renferme une dryade, il en fait couler du sang, sortir des gémissemens et des plaintes; ce mont, qui dépasse la nue, est trop aride et trop froid, le poëte étend sous sa base un Titan qui vomit des flammes, ou bien la roche elle-même est le corps desséché d'un prince insensible au malheur. Eh bien! quel est son but dans toutes ces transformations? c'est d'émouvoir et de plaire; il a senti, en se prenant toujours pour modèle, que ce qui fait le plus d'impression sur les masses, en général, ce sont les sentimens et les actions de l'homme; l'homme est son modèle, il ne peut pas sortir de là.

Ainsi, quand il a réalisé les passions, les désirs, les facultés; quand il a personnifié la nature brute, il faut qu'il mette en action tous ces personnages factices, comme des hommes réels, et que par leur moyen il excite, tantôt l'admiration, tantôt la sensibilité affectueuse, tantôt la volupté, tantôt l'horreur, tantôt l'indignation. Vous voyez que son objet n'est pas seulement de faire des personnages, mais qu'il emploie ces personnages comme des moyens d'émouvoir ses auditeurs et ses lecteurs. Lorsqu'il en est là, c'est aux sentimens, c'est aux passions de l'homme qu'il s'adresse; et certes, il faut qu'il les sente pour imiter leur langage, ce qui exige un travail tout différent de la personnification. Telle est mon opinion sur ce point. Si je me trompe, je serai ravi qu'on me remette sur la bonne voie, car je ne cherche que la vérité.

Ne croyez pas cependant que ce soient là les seuls moyens du poëte : il a besoin de l'harmonie, il doit arranger les mots de manière à ce qu'ils produisent à l'oreille des sons agréables; voilà un second moyen. Mais il en appelle bien d'autres à son secours; car le talent poétique ne consiste pas seulement à tracer des images, à parler aux passions, à flatter l'oreille; le poëte dispose ses sujets dans un ordre convenable, afin que l'auditeur, le lecteur, ne reçoivent pas des impressions confuses ou contradictoires qui se nuiraient les unes aux autres; il les met en ordre, il présente ses sujets successivement. Quand vous êtes occupés d'une passion dont il veut tirer grand parti, il ne vous distrait pas par l'expression d'une autre : ses effets sont successifs, ses oppositions sont calculées, s'il a de l'ordre, du jugement. Vous voyez donc que toutes les facultés viennent à propos au secours de l'homme de génie. Il emploie habilement, et dans le temps opportun, l'exagération du beau, du laid, du grand, du bas, du sublime, du vil, de l'infâme. Il met en opposition, avec beaucoup d'art, des caractères sublimes avec des caractères abjects, méprisables; la générosité avec l'avarice, avec les sentimens les plus rétrécis. Il se sert donc pour cela d'une foule de facultés qui viennent seconder son désir de plaire et d'émouvoir.

Mais nous avons dit qu'il juge des facultés des autres d'après les siennes, et qu'il ne peut se servir que de celles qu'il a. Aussi son but n'est pas toujours atteint comme il l'espérait. Si les facultés qu'il a mises à contribution, pour servir le sens poétique, sont imparfaites, il inspire l'ennui ou le dégoût; il est rejeté, il est méprisé, il tombe; c'est bientôt fait. Ses ouvrages d'imagination sont oubliés en peu de temps quand ils ne sont pas dans la mesure des facultés de la masse, et surtout lorsqu'ils blessent trop le jugement et les sentimens supérieurs. Aussi plusieurs poëtes dits romantiques, ayant entrepris depuis quelques années de faire prévaloir, sur le beau, le laid, l'horrible, le dégoûtant, l'affreux, en excitant de fortes émotions, ont-ils échoué; tandis que les principaux classiques, qui s'étaient attachés à la peinture des sentimens supérieurs, restent. Les poëtes dont je parle ont cru ces sentimens usés dans l'espèce humaine: ils ne la connaissaient pas. Ont-il jugé les masses d'après leur organisation? n'ont-ils pas plutôt forcé la ruse et les organes théâtraux à leur prêter des moyens qui répugnaient à leurs vrais sentimens?... Comment prononcer? Au surplus, le rang qu'on leur assigne dès à présent est une leçon dont le goût avait besoin. On ne profitera, et désormais on tirera parti de la sagesse des anciens, et de certaines couleurs un peu plus vives dont les modernes ont abusé. Il y aura éclectisme, on cherchera le *medio tutissimus ibis* du poëte Ovide. C'est ainsi que marche le progrès.

Dans l'éloquence, même but. L'orateur se propose d'émouvoir, de persuader; il veut surtout entraîner l'auditoire par des impressions vives, exciter ses affections et très-souvent l'empêcher de raisonner. Quand il lui permet de raisonner, il fait de la logique; quand il cherche à le séduire par des images très-vives, il s'adresse

ANNALES
D'HYGIÈNE PUBLIQUE
ET
DE MÉDECINE LÉGALE.

OCTOBRE 1836. (4e TRIMESTRE.)

HYGIÈNE PUBLIQUE.

—

Rapport sur le cadavre d'un enfant nouveau-né qui avait séjourné longtemps dans la rivière de Fulda. Découverte et examen de la mère ; par le docteur SCHNEIDER, à Fulda.

(Extrait du 20e volume supplémentaire des Annales de Henke, par le docteur MARC.)

Le 13 mai 1833, on trouva dans la rivière de Fulda, un enfant nouveau-né. M. Schneider, chargé par l'autorité d'en faire l'examen médico-légal, y procéda avec le chirurgien Gegel, en présence des magistrats.

A. *Examen extérieur.*

Après avoir enlevé le morceau de toile qui enveloppait le corps, on reconnut que cette toile provenait d'une vieille chemise de femme, pas trop grossière, marquée à la partie antérieure, avec du fil rouge, des lettres M. T. 3. Cette toile n'offrait aucune trace de sang, et ne présentait d'ailleurs rien d'extraordinaire.

La longueur du corps de l'enfant, de sexe mâle, qui offrait d'ailleurs l'aspect de la maturité, était de 1 pied 8 pouces. Il pesait 5 liv. 1/4. Diamètre longitudinal de la tête, 4 pouces ; diamètre transversal, 3 pouces. Largeur d'une épaule à l'autre, 4 pouces. Largeur d'un trochanter à l'autre, 2 pouces et 1/2.

Le cadavre était déjà parvenu à un haut degré de putréfaction, la face était méconnaissable, les tégumens étaient en pleine décomposition putride, les extrémités dépouillées de leur épiderme, et corrodées par les poissons et par les vers.

Le flanc gauche présentait une large ouverture qui livrait passage à la plus grande partie des gros intestins et des intestins grêles, ils étaient presque entièrement remplis de méconium.

Après avoir enlevé les tégumens communs du crâne, on reconnut au côté gauche dans la région du pariétal et du frontal gauches, un épanchement considérable ; toutefois il n'y avait extérieurement aucune trace de fracture.

La cavité buccale ni l'anus n'offraient aucune lésion ; mais la tête était très-mobile. On enleva les muscles de la nuque parvenus à un haut degré de putréfaction, et l'on trouva que les vertèbres cervicales étaient intactes et dans leur situation normale.

B. *Examen de la cavité crânienne.*

En ouvrant cette cavité, la masse cérébrale diffluente sortit en entier, de sorte qu'il fut impossible de se livrer sur cette partie à la moindre investigation médico-légale.

La même chose eut lieu à

C. *L'ouverture du bas-ventre,*

dont les intestins étaient parvenus à un haut degré de putréfaction. Il fut néanmoins possible, ainsi qu'il a été déjà dit, d'y distinguer le méconium.

D. *Ouverture de la cavité thoracique.*

Cette cavité paraissait avoir résisté le plus aux progrès de la putréfaction. En ouvrant le thorax, on découvrit qu'un peu d'eau avait pénétré dans la trachée-artère. Le thorax était peu affaissé, les poumons étaient saillans et rouges. On les sortit de leur cavité avec le cœur, on les nettoya, et on les plaça dans un sceau rempli d'eau de rivière sur laquelle ils flottèrent librement. Leur poids ainsi que celui du cœur était de deux onces six gros, et sans le cœur, de six gros.

Les poumons ayant été séparés du cœur, le poumon droit surnagea, mais le gauche alla au fond de l'eau. Le poumon droit ayant été divisé, on remarqua en l'incisant que sa substance était d'un rouge un peu foncé, il s'en exhala une odeur fétide et l'on y observa des traces d'une putréfaction commençante. A peine y remarquait-on une légère crépitation ; on y reconnut quelques vésicules sanguinolentes. La putréfaction était beaucoup plus prononcée dans le poumon gauche ; il était d'un rouge foncé, on n'y remarqua ni crépitation, ni vésicules :

Le thymus était en putréfaction, et le cœur était tellement putréfié qu'il fut impossible de se livrer à des recherches sur l'état de ses cavités et du trou ovale.

M. Schneider émit l'opinion suivante sur les faits qui précèdent.

Le degré de putréfaction de l'enfant, rongé par les

vers et les insectes ; la destruction de tégumens abdominaux, de sorte que les intestins en pleine putréfaction sortaient de leur cavité, l'absence de toute trace d'ombilic et de cordon ombilical, prouvent que le cadavre n'a pas séjourné depuis peu de temps dans l'eau ; mais il est impossible de déterminer même approximativement, combien de temps il y est resté. Cependant l'excessive chaleur du mois de mai 1833, où les nuits elles-mêmes étaient très-chaudes, puisque le 13 mai à 7 heures du matin, le thermomètre marquait déjà 14°, 5', et à midi, 21°, 4' Réaumur, et où huit jours avant, la même température avait déjà existé, rend possible que le corps d'un enfant nouveau-né ait pu arriver plus tôt qu'à l'ordinaire au degré de putréfaction dont il a été parlé plus haut. Toutefois la corruption profonde, surtout de plusieurs parties du corps, la formation de vers, la corrosion et l'enlèvement total par des poissons et autres animaux aquatiques, des tégumens abdominaux, prouvent que ces désordres n'ont pu être produits en un jour, en une nuit ; mais qu'il a fallu pour cela un temps bien plus considérable.

Toutefois, on a pu remarquer, malgré les progrès de la putréfaction, que le corps de l'enfant était bien conformé, et bien nourri, que les ongles parfaitement développés, n'avaient même pas été ramollis par l'eau ; que sa longueur était de 20 pouces, sa pesanteur de 5 livres 1/2, bien que la putréfaction et la corrosion eussent enlevé les parties molles de la face, que les diamètres de la tête et des autres parties, enfin que la voussure des os du crâne ainsi que l'état des fontanelles, indiquaient que l'enfant était venu à terme. La putréfaction avait enlevé en grande partie les cheveux de la tête. Les cartilages des oreilles, le nez, les paupières et les lèvres avaient aussi presque entièrement disparu.

Déterminer maintenant si l'enfant est né vivant, s'il a été jeté vivant ou mort dans l'eau, constitue une question qui, dans les circonstances de l'espèce, ne saurait être résolue d'une manière satisfaisante.

En effet, la putréfaction plus ou moins avancée à l'extérieur ainsi que dans les trois cavités, le cerveau diffluent, la décomposition putride des intestins, ne peuvent fournir aucune donnée positive sur la vie de l'enfant après sa naissance.

Seulement, on peut soupçonner par l'existence d'un épanchement considérable d'un sang noir foncé et gélatineux, entre le cuir chevelu et la couche aponévrotique, sur le frontal et les pariétaux, que l'enfant doué de vie a été blessé pendant ou après sa naissance, en tombant sur un corps dur, ou par d'autres violences.

Toutefois, la cause de la lésion n'a pas dû agir avec beaucoup de force, puisque les parties osseuses subjacentes n'avaient éprouvé aucune déformation, dépression ou fracture. D'ailleurs, la substance cérébrale située sous ces parties n'y était pas plus rouge qu'ailleurs.

Les épanchemens, les sugillations et les ecchymoses, dit Henke (*Méd. lég.* 19, 311) sont considérés comme les principaux indices de la vie après la naissance. On part du principe que, sans la continuation de la circulation, ces phénomènes ne sauraient se produire.

Cependant les opinions, à cet égard, sont fort divisées.

Hebenstreit, *Ludwig*, *Faselius et Daniel*, considèrent les sugillations chez les nouveau-nés comme une preuve de vie. *Haller* les regarde comme un signe fort incertain. *Buttner* et *Metzger* ne les adoptent comme une preuve de vie, que lorsque la docimasie pulmonaire a établi de son côté, que l'enfant a vécu après la naissance (1).

Ploucquet, *Roose*, et *Schmittmüller* ont aussi soumis à plusieurs restrictions la validité de l'épreuve pulmonaire. *Jæger* attache une grande valeur aux sugillations et aux épanchemens, lorsqu'il s'agit d'établir si des violences ont été exercées pendant la vie d'un enfant nouveau-né, et *Koch* soutient qu'une véritable sugillation ne peut avoir lieu que pendant la vie.

Le célèbre *Rœderer* est d'avis qu'alors même que des sugillations se remarquent à la tête, elles ne sont pas une preuve que la mère a exercé des violences sur l'enfant. Les sugillations et les tumeurs de la tête établissent seulement que l'enfant a vécu au début de l'enfantement, mais elles laissent dans le doute si la tumeur a eu lieu pendant l'accouchement ou si elle a été le résultat de violences produites par les mains de la mère. Toutefois le premier cas, ajoute *Rœderer*, est le plus fréquent, et il est le plus vraisemblable lorsque la tumeur n'occupe qu'une région.

(Voyez aussi Mende, *Manuel de méd. lég.*, Leipz. 1819, t. I, p. 214 et suiv.)

Signé : SCHNEIDER,
physicien de l'arrondissement.

L'événement dont il s'agit, continue M. *Schneider*, produisit une grande sensation ; notre police, très-active, se livra à des recherches suivies pour découvrir la mère, et bientôt je fus requis d'examiner une femme suspecte que la gendarmerie venait d'arrêter.

Examen de la nommée D. B., soupçonnée d'infanticide.

La nommée D. B., se disant âgée de 24 ans, déclare que ses règles lui ont manqué pendant quatorze

---

(1) Chez l'enfant dont il s'agit, la docimasie pulmonaire semblerait, jusqu'à un certain point, attester que l'enfant a vécu après la naissance, puisque les poumons, encore unis au cœur, surnagèrent, que le poumon droit flottait sur l'eau et qu'il était crépitant. Mais, outre que plusieurs médecins légistes ne regardent pas la docimasie pulmonaire comme une preuve certaine de la vie de l'enfant, la putréfaction, dans le cas dont il est question, avait commencé depuis longtemps et avait pu contribuer à la surnatation ainsi qu'à la crépitation. (*a*)

(*a*) Nous ferons remarquer ici qu'il est étonnant que M. Schneider n'ait pas eu recours à une forte compression des fragmens pulmonaires. Il aurait pu par ce moyen se convaincre si la surnatation était due ou non aux produits gazeux de la décomposition putride. M.-C.

à quinze semaines, et qu'elle a cru être dans le même état où elle s'était trouvée dans une précédente grossesse; qu'elle s'est donc crue être enceinte, et qu'en effet son ventre ayant grossi, ses maîtres se sont doutés de sa situation, l'ont congédiée et l'ont envoyée à Fulda. Arrivée dans cette ville, elle alla trouver sa cousine, mais celle-ci n'ayant pas voulu la recevoir, la força de s'adresser à une autre parente, qu'elle ne rencontra pas, de sorte qu'elle resta trois jours avec les enfans de cette dernière, qui à son retour, ne voulut pas non plus la recevoir, et l'envoya à N., chez sa marraine D. O. Elle y resta cinq semaines, au bout desquelles elle se sentit tout à coup très-indisposée. Les règles parurent et furent accompagnées des douleurs très-vives, dont la violence ayant persisté, forcèrent sa marraine à faire venir un médecin, que l'on mit au fait de la situation de la malade. Des gouttes furent ordonnées, mais leur usage augmenta les douleurs ainsi que la perte de sang. Elle retourna à Fulda, et pendant la route, elle perdit encore beaucoup de sang coagulé. Arrivée sur le pont du moulin de H., il sortit de ses parties génitales, avec douleur, un gros caillot de sang entouré d'une membrane. Aussitôt après cette expulsion, le ventre s'est affaissé, et la nommée D. B. s'est sentie tellement soulagée, que'lle a pu retourner à H. et y reprendre son service. Cependant, comme la perte continuait toujours, le médecin de l'endroit lui a ordonné des médicamens dont elle produit les formules, et qui ont beaucoup diminué cette perte; mais elle s'est reproduite avec beaucoup d'abondance pendant la translation de l'inculpée de H. à Fulda.

La perte et l'excrétion d'un caillot considérable de sang avaient eu lieu, il y a six semaines.

La déclaration qu'on vient de lire fut suivie immédiatement de l'examen médico-légal de l'inculpée.

1° Cette femme, autrefois pléthorique et ayant de l'embonpoint, avait beaucoup maigri. Les seins étaient petits et flasques, cependant les mamelons étaient entourés d'une auréole brune et sale. En comprimant le sein gauche, on en exprima une goutte de lait; le sein droit n'en fournit aucune.

2° Le bas-ventre, quoique offrant une strie jaune sur la ligne blanche, n'était pas ridé, mais il était flasque. On ne sentait plus le corps de l'utérus au-dessus de la symphyse du pubis.

5° Les parties génitales extérieures ne présentaient aucun écartement, aucune tuméfaction, ni aucun relâchement notables; seulement elles étaient flétries, rouges à leur surface interne, et salies par un écoulement de mauvaise odeur qui ressemblait à celle des lochies; la fourchette de la vulve n'existait plus, mais le périnée était intact.

4° La largeur du bassin ne répondait pas tout à fait à la structure grande et forte de la femme, et l'entrée du vagin était assez étroite pour rendre impossible d'y pénétrer avec deux doigts sans exciter de la douleur.

5° Cependant, le vagin était large surtout à sa partie supérieure, lubréfié, peu ridé, et recouvert de la même mucosité fétide dont il a été parlé plus haut (n° 3).

6° La situation de l'orifice utérin était élevée; toutefois son ouverture externe longitudinale et transverse était d'un demi-pouce, mais l'orifice interne paraissait être fermé. On reconnut très-distinctement cinq fissures à la lèvre supérieure et inférieure.

RAPPORT.

Déjà les aveux de l'inculpée D. B. fortifient les soupçons d'une grossesse, et lorsqu'on se rappelle la circonstance d'une perte de caillots de sang pendant la route de N. à Fulda, et surtout la perte d'un caillot volumineux et d'une membrane sur le pont près du moulin, on est en droit de soupçonner que l'inculpée est réellement accouchée, supposition que rend surtout vraisemblable l'état des seins.

Contre cette supposition semblerait, jusqu'à un certain point, militer la circonstance indiquée sous le n° 2, savoir : l'absence de rides sur le bas-ventre. Mais chez les personnes qui ont les fibres roides, comme l'inculpée, il reste dans la règle peu de rides après l'enfantement.

La disparition du corps de l'utérus au-dessus de la symphise du pubis, ainsi que l'état à peu près normal des parties génitales externes (n° 3), et l'étroitesse de l'entrée du vagin (n° 4), sembleraient aussi témoigner contre l'enfantement.

Ces phénomènes, il est vrai, ne forment pas des preuves bien positives contre l'enfantement, attendu qu'il n'a pas été établi, et qu'on n'a pas pu non plus établir, par l'examen des parties, depuis quelle époque, depuis combien de jours ou combien de semaines la nommée B. est accouchée pour la seconde fois.

Ce qui semble attester que cette fille est accouchée non pour la première fois, mais une seconde fois, c'est la largeur plus grande du vagin à sa partie supérieure, sa surface lubrifiée, peu rugueuse en cet endroit, enduite d'une mucosité ressemblant à des lochies (n° 5), ainsi que les fissures qui existaient à l'orifice utérin encore béant (n° 6).

Fulda, le 25 mars 1833.

Dans le cours de l'instruction, l'inculpée a déclaré positivement qu'elle n'était pas la mère de l'enfant trouvé dans la rivière de Fulda : toutefois, que c'était bien elle qui était accouchée sur la route conduisant de N. à la ville de Fulda; mais qu'elle n'avait mis au monde qu'un enfant avant terme, moins grand que la main, et qu'elle l'avait enterré dans un buisson qu'elle assurait pouvoir reconnaître, si on l'y conduisait. La justice s'y transporta en effet avec l'inculpée qui, après beaucoup d'allées et de venues, et après avoir examiné tous les buissons et toutes les buttes, ne trouva rien; de sorte que cette opération judiciaire devint une véritable mystification.

On pressa l'accusée de questions, et après l'avoir interrogée séparément, ainsi que sa marraine qui l'avait accompagnée et avait été complice du fait, après les avoir confrontées, toutes deux avouèrent la naissance

d'un enfant avant terme, moins grand que la main, enfermé dans ses membranes, qu'elles avaient transporté à une demi-lieu plus loin que l'endroit d'abord indiqué, et qu'elles avaient enterré sous un pommier, dans le jardin d'une briqueterie. On conduisit ces deux femmes à l'endroit désigné ; mais on n'y trouva absolument rien ; et les interrogatoires ainsi que les confrontations qu'on leur fit subir depuis donnèrent lieu à des contractions évidentes.

L'inculpée, fatiguée par la prolongation de sa captivité, finit par déclarer qu'elle était décidée à dire la vérité, et avoua qu'elle était la mère de l'enfant trouvé dans la rivière.

Elle était devenue enceinte, à H., des œuvres d'un compagnon menuisier ; sa grossesse ayant été découverte par ses maîtres, ils la renvoyèrent à Fulda, où ses tantes ne voulurent pas la recevoir, elle fut donc obligée de rétrograder et de faire trois lieues pour arriver chez sa marraine, où elle avait séjourné jusqu'à l'apparation des premières douleurs de l'enfantement. Celle-ci l'aurait accompagnée en lui faisant suivre une route autre que celle qui conduit à Fulda. S'étant arrêtée dans le village de T., l'inculpée y aurait pris du café dans une auberge où les douleurs seraient devenues très-fortes. Elle serait partie, toujours avec sa marraine; mais arrivée près de la briqueterie, elle n'aurait pu aller plus loin, et aurait été obligée de s'appuyer contre un pommier du jardin ; que là, l'enfant serait sorti brusquement, serait tombé à terre, aurait fait quelques mouvemens, mais n'aurait pas crié; qu'elle aurait frappé contre l'arbre, le côté gauche de la tête de l'enfant qui n'aurait plus donné de signe de vie ; qu'elle aurait mis le cadavre dans un panier fermé, et qu'elle serait partie avec sa marraine pour Fulda. Arrivée près du village, la faiblesse qu'elle éprouvait, par suite de l'hémorrhagie de plus en plus forte, l'aurait empêchée d'aller plus loin et l'aurait obligée de passer la nuit chez un paysan. Dans cette même nuit, le placenta aurait été expulsé, et elle l'aurait caché dans le même panier que l'enfant. Le lendemain, avant le jour, elle et sa marraine auraient repris la route de Fulda. Arrivées à un petit bois de bouleaux, le délivre y aurait été caché par elles derrière un buisson, et plus loin, arrivées au pont du moulin, l'enfant, enveloppé dans la chemise marquée M. T. 3., aurait été jeté par l'inculpée dans la rivière.

Cette fille a été condamnée à six ans de maison de force.

Ce fait, que nous venons de rapporter d'après M. Schneider, prouve qu'en matière criminelle, il ne faut jamais négliger les investigations médico-légales, alors même qu'elles ne paraissent pas d'abord pouvoir conduire à des inductions bien positives, attendu que dans certaines circonstances, elles peuvent être mises en rapport avec les aveux des inculpés et en confirmer la sincérité.

Squelette d'un jeune enfant trouvé dans la commune de Cambronne, près Compiègne. Rapport fait à ce sujet; par M. Valette, Dr.-M. à Compiègne.

Ce jourd'hui, 26 novembre, nous, docteur en médecine, nous sommes transporté avec MM. le juge d'instruction et le procureur du roi, dans la commune de Cambronne, où nous avons assisté à l'extraction de divers ossemens enfouis, hors de tout cimetière, dans un lieu isolé, inculte, sableux et plein de roches.

La fouille terminée, les deux magistrats ci-dessus dénommés nous ont fait remise d'un squelette consistant dans les pièces suivantes :

1. Le crâne à peu près tout entier, y compris la mâchoire inférieure (il manquait un temporal).
2. Cinq vertèbres, dont une dorsale entière; deux autres également dorsales, mais tronquées sur leurs faces latérales, et totalement privées de corps; et deux sacrées non-soudées.
3. Six côtes appartenant toutes au côté gauche.
4. Deux morceaux de l'omoplate gauche incomplète.
5. La clavicule gauche.
6. Les deux os des îles, détachés de leurs ischions et de leur arcade pubienne.
7. Une portion du pubis droit.
8. Un seul humérus.
9. Les cubitus et radius de chaque côté.
10. Les deux fémurs.
11. Le tibia et le péroné de chaque côté.
12. Le premier métatarsien du pied droit; le troisième et quatrième métatarsien du pied gauche, puis quatre phalangines métatarsiennes.

Tous les autres os qui auraient pu compléter ce squelette n'ont point été retrouvés.

En recevant ce dépôt, nous nous sommes engagé à répondre aux questions suivantes :

1° Ces divers ossemens appartiennent-ils à l'espèce humaine ?

2° Appartiennent-ils tous au même individu?

3° Quel est l'âge du sujet ?

4° Son sexe.

5° Enfin, depuis quelle époque ce squelette était-il caché dans le sable ?

Ce jourd'hui et jours suivans, nous nous sommes livré à l'étude de ces restes, et croyons être en état de dire :

1° et 2° Les deux premières questions doivent être résolues affirmativement.

Quant à l'âge de l'individu :

3° Aucune des pièces osseuses du crâne n'est soudée, tous les os longs ont perdu leurs épiphyses : d'autre part, toutes les proportions des ossemens entre eux sont de fort petite dimension. Le sujet est très-jeune. Son âge précis ? l'examen des dents nous le donne.

A la mâchoire supérieure, beaucoup de dents ont disparu. Les incisives ont été renouvelées, il en reste trois, l'autre est perdue. Des deux canines, celle qui subsiste est de seconde dentition, elle est encore cachée dans le



fond de l'alvéole. Les troisièmes grosses molaires sont sorties. Des quatrièmes molaires, l'une existe et est prête à sortir, elle est au niveau du bord alvéolaire ; la couronne des deux dents de sagesse est profondément enfouie dans l'os maxillaire.

A la mâchoire inférieure, on voit quatre incisives de deuxième dentition ; à côté deux canines également de seconde dentition, l'une d'elles est incomplètement sortie : l'autre est encore surmontée de la canine de première dentition. Les alvéoles des premières molaires sont vides. Les secondes molaires sont à cheval sur celles qui doivent les chasser. Les troisièmes molaires, qui ne sont jamais remplacées, comme celles qui précèdent, qui arrivent beaucoup plus tard (à l'âge de 4 ans 1/2, 5 ans), ici sont aussi beaucoup moins fatiguées, usées. Tous les tubercules de la couronne en sont saillans et pointus. Les quatrièmes molaires sont encore au fond de leurs alvéoles. A peine un mamelon appartenant à celle de gauche fait-il saillie au-dessus du niveau du bord alvéolaire. (L'éruption de ces dernières dents a lieu ordinairement entre 8 et 9 ans).

Maintenant il nous est permis de dire que ce jeune individu était âgé de 8 ans, plutôt que de 9. Reportons-nous à la jeunesse des troisièmes molaires, et à la faible apparition des quatrièmes.

4° *Avons-nous entre les mains le squelette d'un jeune garçon ou d'une jeune fille?*

A un âge de la vie où les deux sexes sont également occupés à croître et à se développer ; où les grandes fonctions, telles que la parturition et la lactation, qui les distingueront un jour, sont à naître et dans le lointain, on concevra aisément que le système osseux n'offrira que de faibles impressions des différences qui séparent chaque organisation.

Qu'ainsi la matrice n'existant qu'en rudimens, et inerte encore pour plusieurs années, le bassin d'une jeune fille de 8 ans ne s'évase pas beaucoup plus que celui d'un jeune garçon du même âge. D'ailleurs, ici, l'absence de plusieurs compartimens nous ôte la faculté de déterminer, d'une manière mathématique et rigoureuse, les véritables diamètres de cette charpente osseuse.

La clavicule elle-même, dont la forme chez l'adulte est si bien caractérisée pour chaque sexe, est ici d'une bien faible ressource. Limitant l'espace qu'occupent les seins au-devant de la poitrine, chacun sait que si elle est plus arquée chez l'homme, elle doit être plus allongée chez la femme.

Nous dirons cependant que la clavicule que nous avons sous les yeux offre deux courbures plus prononcées qu'elles ne le sont, d'ordinaire, sur de jeunes filles de 8 ans.

Privé ainsi de ces grands documens, qu'une organisation plus achevée donne toujours pour arriver à la solution de la question posée, nous dûmes nous livrer à d'autres recherches. Nous nous mîmes à parcourir les écoles publiques des deux sexes de Compiègne, à passer en revue tous les enfans de 8 ans environ et plus, à mesurer leurs crânes, à relever les quatre diamètres principaux de chaque tête (diamètre bi-frontal, diamètre bi-pariétal, diamètre occipito-frontal, diamètre géni-frontal), à les comparer entre eux, en les rapportant au crâne de notre squelette, dont la dentition a déjà fixé l'âge.

De chaque côté nous avons trouvé des têtes d'inégale grosseur pour le même âge. Toutefois, prises en masse, les têtes des garçons sont plus fortes : le diamètre bi-frontal est habituellement plus large de 2 ou 3 lignes et même 4 ; il porte de 3 pouces 9 lignes à 4 pouces, voire même 4 pouces 1 ligne et plus, tandis que chez les filles il varie de 3 pouces 4 lignes à 3 pouces 7 lignes.

Le diamètre bi-pariétal varie peu dans l'un et l'autre sexe ; 1 ligne à 1 ligne 1/2 les sépare : les filles ont 5 pouces à 5 pouces 1 ligne, les garçons ont 5 pouces 1 ligne, 5 pouces 2 lignes, 2 lignes 1/2.

Le diamètre occipito-frontal est plus grand chez les garçons de la même différence : lorsqu'il est de 6 pouces 1 ligne, 6 pouces 3 lignes, 8 lignes, 9 lignes, il n'est que de 6 pouces, 6 pouces 3 lignes, 5 lignes, 7 lignes, chez les filles.

La plus grande différence a lieu pour le diamètre géni-frontal. Presque toujours il dépasse, chez les garçons, de 8 lignes et plus le même diamètre chez les filles. Il est, pour les uns, de 5 pouces à 5 pouces 7 lignes, et, pour les autres, de 4 pouces 8 lignes à 5 pouces 3 lignes.

Ainsi les filles ont la figure moins élevée, le front moins large, alors que les pariétaux et l'occipito-frontal sont à-peu-près également écartés.

Mais il est des garçons dont le front est aussi étroit et même plus étroit que celui des filles. Pour ces cas, qui sont toujours les moins nombreux, il serait vicieux de comparer chaque diamètre d'un sexe au diamètre correspondant de l'autre sexe ; il nous a paru plus rationnel d'apprécier les rapports existans entre les quatre diamètres d'une même tête, quel que fût son sexe.

Et nous avons vu que lorsque le bi-frontal d'un garçon est semblable à celui d'une fille, le bi-pariétal reste souvent le même ; mais l'occipito-frontal est quelque peu plus faible, et toujours le béni-frontal conserve ses grandes dimensions.

Ce double procédé dans l'observation a été suivi dans l'examen du crâne qui nous a été remis, et nous croyons pouvoir dire que les diamètres suivans, qui sont les siens,

Diamètre	bi-frontal. . .	3 pouces	7 lignes
—	bi-pariétal . .	4	11
—	occipito-frontal .	6	7
—	géni-frontal . .	5	2

sont aussi ceux d'un jeune garçon (Aux mesures indiquées, il faut ajouter l'épaisseur des tégumens, dont le crâne est dépourvu). Ces mesures ont été rapprochées de celles prises sur 35 jeunes garçons de 8 ans, 8 ans et quelques mois, et comparées à d'autres également relevées sur 28 jeunes filles du même âge.

Le compas d'épaisseur précise bien des diamètres, mais il est des différences respectives et propres à chaque sexe, il est des contours spéciaux qui, sans faire varier sensiblement les lignes chiffrées, donnent cependant les configurations générales tout autres. L'œil seul, et un œil exercé à voir des crânes, peut apprécier ces flexions variées, qui font toute la physionomie de tel ou tel crâne, et aident à déterminer le sexe auquel il appartient.

C'est ainsi qu'alors même que le bi-frontal est le même des deux côtés, vous pouvez avoir des crânes fort dissemblables. Les bosses frontales sont plus saillantes chez le jeune garçon, tandis que la suture sagittale est plus relevée chez la jeune fille. Ces particularités font que sans avoir le front le plus spacieux, comme il l'a plus aplati, le jeune garçon paraît l'avoir plus large. L'arc de cercle est plus ovoïde chez la jeune fille, l'effacement des bosses fait que l'œil glisse plus vite sur les tempes, et accorde moins de largeur à une surface qui n'est limitée par aucune ligne.

Il suffit de regarder le frontal de notre squelette, et de lui appliquer ces dernières réflexions, pour dire que c'est celui d'un garçon.

Nous ne parlerons pas de la position du grand trou occipital, ses données ne sont point assez concluantes pour nous. Mais rappelons les formes masculines de la clavicule, les éminences osseuses dont la mâchoire inférieure est imprimée. Examinons tous les os longs : certes, ceux d'une jeune fille sont moins raboteux ; comme chez elle le système musculaire est moins développé, celui-ci s'attache plus mollement sur des os plus unis, plus délicats.

Nous n'irons pas plus loin. Toutefois, par les motifs exposés ci-dessus, nous croyons être en droit de déclarer à la justice que ce squelette est celui d'un jeune garçon, et que ce garçon avait déjà atteint sa huitième année.

5° *Combien de temps ce squelette est-il resté enfoui dans le sable?*

Les os qui nous manquent sont spécialement des os spongieux ou de très-petits os ; tels que les vertèbres, et la plupart des os composant les pieds et les mains. Faut-il attribuer à leur entière décomposition, leur disparition? deux vertèbres qui nous restent sont en grande partie détruites! vaut-il mieux croire qu'en bêchant et en jetant à la volée le sable qui les recélait, ils ont été inaperçus ; et qu'en bêchant avec plus de précaution, on en retrouverait plusieurs? L'une et l'autre de ces deux hypothèses sont également admissibles.

Aucune parcelle de la chevelure n'a été représentée : déjà le terrain avait été remué avant l'exploration légale.

Disons de rechef que les os longs sont tronqués par leurs extrémités, abîmés du moins ; et que leurs corps sont assez bien lessivés, pour qu'aujourd'hui il n'en reste plus que la matière calcaire, la partie animalisée est totalement dissoute. Disons aussi en regard, que la tête des os métatarsiens est parfaitement conservée, et offre encore tout son poli.

Combien a-t-il fallu d'années pour arriver à ce degré assez avancé de décomposition? L'art ne peut que se livrer à des conjectures. Il ne nous est point donné de répondre affirmativement.

La décomposition est plus ou moins rapide à s'effectuer au sein de la terre, suivant la nature du terrain, suivant son état d'humidité ou de siccité, suivant les hivers, suivant la profondeur de la fosse qui a reçu le squelette ; suivant l'accès plus ou moins facile accordé à l'air ou à l'eau, etc. ; suivant l'état de santé ou de maladie du sujet au moment où il a été frappé ; suivant sa constitution saine ou entachée de virus, etc....

Comment apprécier toutes ces influences diverses?

Ici le terrain était sableux, sec, le lieu élevé, en pente, les os, sans être encore trop friables, sont pourtant en grande partie décomposés, le dépôt est il fort ancien? Nous ne le pensons pas : la fosse n'a pas été creusée profondément ; à peine quelques couches légères de sable recouvraient le squelette ; les eaux pluviales en entraînant chaque hiver quelques couches de sable ont mis à nu le crâne. Le sable est mobile, chaque gravier se maintient éloigné de son voisin, de faibles interstices suffisaient pour introduire de l'air, qui a dû aller frapper ces ossemens mal enfouis. La décomposition a été là plus active qu'au milieu des eaux, ou dans des terrains bas et profonds. Cette opinion émise n'est point un paradoxe. C'est un fait pratique de tous les jours : un pieu de bois enfoui dans le sable, très-souvent s'y pourrit beaucoup plus vite que plongé dans un terrain fangeux. Nous avons d'ailleurs affaire à un sujet jeune. N'attribuons donc pas à un grand nombre d'années, ce qui est plus certainement l'œuvre de l'air et de la nature du milieu. Toutefois, pesant l'ensemble de toutes ces difficultés, et jetant un dernier regard sur l'aspect des os, nous croyons que ce squelette peut bien remonter à 15 ans de date.

Du reste, nous n'avons aperçu sur ces os aucune plaie, aucun copeau soulevé ou détaché par un corps tranchant, aucune blessure opérée par un corps contondant, aucun enfoncement, aucune fracture. Rien ne nous met sur la trace du genre de mort de cet individu.

P. S. Il y a environ six semaines, au même endroit, il a été découvert un second squelette. Un autre médecin que moi a été appelé à en recueillir les débris. Selon lui, ils appartiendraient à un homme adulte.

Il eût été curieux de rapprocher les os de l'enfant de ceux de l'adulte, de comparer leur aspect, leur coloration, leur degré de conservation et de décomposition, et de juger s'ils ont été enfouis au même temps, à la même époque.

———



De la cause de la mort des pendus; par ALFRED S. TAYLOR, lecteur de jurisprudence médicale et de chimie à l'hôpital de Guy. (1).

On a attribué à des causes différentes la mort des individus qui périssent après avoir été suspendus par une corde ou par tout autre lien placé autour du cou. Autrefois on croyait que, dans le cas de ce genre, il y avait toujours apoplexie; quelques auteurs le croient encore maintenant; néanmoins, ceux qui ont examiné avec le plus de soin cette importante question, regardent la mort des pendus comme un résultat de l'interruption de la respiration, comme une asphyxie. On s'explique facilement pourquoi l'on a attribué la mort des pendus à l'apoplexie: d'une part, la constriction des vaisseaux du cou, de l'autre, les traces de congestion observées dans le cerveau, à l'ouverture des corps, semblent appuyer cette opinion; mais une étude plus approfondie des phénomènes de la respiration a démontré que l'on était dans l'erreur. On a lié le cou d'un chien avec une corde, et on l'a suspendu après avoir pratiqué à la trachée-artère une ouverture par laquelle l'air pouvait librement entrer dans les poumons ou en être expulsé; au bout de trois quarts d'heure l'animal a été détaché, et il n'a pas paru qu'il eût beaucoup souffert de l'opération. On lui a serré la corde au-dessous de l'ouverture faite à la trachée, et on l'a pendu de nouveau; il est mort en peu de minutes.

Toutefois, nous ne devons pas conclure de cette seule expérience que, dans tous les cas de pendaison, la mort ait lieu par asphyxie. Dans les cas de pendaison violente, comme lorsqu'il s'agit de l'exécution d'un criminel, le poids du corps et la force avec laquelle il est jeté, joints à la compression exercée par la corde, apportent quelque différence dans les phénomènes de la mort. Le plus souvent, sinon toujours, la constriction exercée par la corde, en même temps qu'elle ferme la trachée, arrête le cours du sang dans les carotides et dans les jugulaires. On a observé que, dans l'exécution des criminels, la mort arrive après un temps dont la durée est variable, ce qui est probablement dû au degré plus ou moins grand de constriction qu'éprouve le cou. Si la corde est placée sur le larynx ou au-dessus de cet organe, l'obstacle à l'introduction de l'air dans les poumons sera moins complet que si la compression s'exerce sur la trachée, immédiatement au-dessous du cartilage cricoïde. Dans le premier cas, il s'opérera encore quelques mouvemens respiratoires suffisans pour prolonger la vie pendant quelque temps; dans le second, la mort aura immédiatement lieu. S'il arrivait que la trachée fût en partie ossifiée, l'occlusion de ce conduit étant moins complète, la mort serait retardée. Ainsi, on peut établir que la pression exercée sur les vaisseaux du cou est d'une moindre importance, dans la pendaison, que l'occlusion de la trachée.

On a prétendu que la cause immédiate de l'étouffement, chez les pendus, devait être attribuée à la compression des nerfs de la respiration (1). Suivant Brodie, bien qu'un animal ne périsse pas immédiatement après la compression des nerfs du cou, cependant les effets de cette compression peuvent mettre la vie en danger (2). Le physiologiste que je viens de citer, ayant placé une ligature sous la trachée d'un cochon-d'Inde, la serra fortement derrière le cou: l'animal souffrit, mais il pouvait respirer et se mouvoir; au bout de quinze minutes on le délia, et le lendemain on le trouva mort. Brodie conclut de ce fait que, selon toute probabilité, la mort est survenue par suite de la lésion de la huitième paire. Quoi qu'il en soit de la valeur d'une semblable explication, on ne saurait admettre que, chez les pendus, la corde exerce sur les nerfs pneumo-gastriques une pression suffisante pour produire la mort. Dans le plus grand nombre des cas de suicide par suspension, le lien étant peu serré, la pression des pneumo-gastriques est nulle; et dans la pendaison violente, la saillie de la partie antérieure du cou est assez grande pour empêcher les nerfs d'être comprimés au point de troubler la respiration.

Il est une cause de la mort des pendus qui a fixé l'attention de Louis. Ce célèbre chirurgien ayant remarqué que, dans les exécutions publiques, la mort avait lieu quelquefois subitement, d'autres fois, au bout d'un temps plus ou moins long, voulut savoir de l'exécuteur d'où provenait cette différence. Il apprit que, dans le but d'abréger les souffrances du patient, l'exécuteur avait l'habitude d'imprimer au corps un mouvement brusque de rotation au moment où il l'attachait, ce qui produisait une luxation de l'apophyse odontoïde de la seconde vertèbre, et une déchirure de la moelle épinière. Cette cause de mort, quoique généralement admise, doit être très-rare, car elle est possible seulement chez les individus dont le corps est pesant, que l'on a attachés avec une longue corde, et auxquels l'exécuteur a imprimé un mouvement brusque de rotation. Delafosse est d'avis que la luxation de l'apophyse odontoïde n'arrive presque jamais; il estime que la fracture de cette apophyse doit être bien plus fréquente que sa luxation, et il s'appuie sur des expériences qu'il a faites. Cet auteur a vu les deux premières vertèbres, complétement séparées du reste de la colonne épinière, par le fait de la rupture du ligament intervertébral, et ayant conservé intactes leurs attaches à l'os occipital. L'apophyse odontoïde et le corps de la seconde vertèbre étaient restés en rapport avec le corps de l'atlas. En résumé, on peut admettre, je pense, que les fractures de la colonne cervicale sont plus fréquentes dans les cas de pendaison violente, que les simples luxations de l'apophyse odontoïde.

La mort des pendus a lieu promptement, et il ne paraît pas qu'elle soit très-douloureuse. Il est arrivé que tel individu qui n'était resté pendu que fort peu de temps,

(1) Extrait d'un ouvrage intitulé: *Elements of medical jurisprudence;* by Alfred Taylor. London 1836.

(1) Beck's. *Elements of Med. jur.*, p. 261.

(2) Paris and Fonblanque. *Med. jur.*, v. 2, p. 44.

quelques minutes, ne pouvait plus être rappelé à la vie. Et par contre, il y a des cas que l'on pourrait presque appeler des résurrections, tant la mort paraissait certaine. Le suivant, que j'extrais de *la Médecine légale de Smith* (1) est fort remarquable, quoique le pendu n'ait pas survécu à son supplice. « Un nommé Gordon fut exécuté à Tyburn, en avril 1733. Chovet ayant reconnu, en expérimentant sur des chiens, que l'on pouvait rendre nuls, les effets de la pendaison, quand on pratiquait une ouverture à la trachée, entreprit de sauver Gordon, et lui fit, à la trachée, une ouverture par laquelle il entrait dans les poumons, une quantité d'air suffisante pour entretenir la vie, lorsque Gordon fermait la bouche, les narines *et les oreilles*. Après qu'on l'eut pendu, on le trouva vivant, tandis que tous les autres étaient morts. Trois quarts d'heure après son supplice, ayant été porté dans une maison, il ouvrit plusieurs fois la bouche, et poussa plusieurs cris ; une veine fut ouverte et donna du sang qui coula bien. On ne put obtenir aucun autre signe de vie. Le manque d'un succès complet, doit, selon toute apparence, être attribué à ce que Gordon étant très-lourd, le poids de son corps avait occasionné une compression trop forte du cou. Peut-être aussi que l'ouverture faite à la trachée n'était pas resté complétement libre. »

(1) Appendix, p, 561.

La durée de la vie, pendant la suspension, varie suivant le degré de constriction, la nature du lien, l'endroit du cou ou ce lien est placé ; la hauteur de la chute, le poids de l'individu, enfin suivant le plus ou moins de gravité des lésions du cou.

Ceux qui, après avoir été pendus sont revenus à la vie, ont dit n'avoir pas beaucoup souffert. Bacon, dans son *Histoire de la vie et de la mort*, raconte qu'un de ses amis qui tenait à s'assurer si les suppliciés souffraient beaucoup, se pendit par le cou, après avoir préalablement placé, à sa portée, une chaise sur laquelle il comptait remonter lorsque sa curiosité serait satisfaite. Mais l'imprudent expérimentateur perdit connaissance, et tout à fait incapable de s'aider lui-même, il serait mort, si un de ses amis, arrivé là par hasard, ne l'eût promptement secouru. Fodéré raconte un fait analogue. Un jeune étudiant ayant assisté à une leçon dans laquelle il avait été question des pendus, résolut de s'assurer par lui-même, si la pendaison était douloureuse. Ce jeune homme se mit une corde autour du cou et l'attacha à un crochet. Un de ses amis, entré chez lui par hasard, le trouva sans connaissance ; il le détacha bien vite, et parvint à le rappeler à la vie. Dans ces deux cas, il y eut des éblouissemens, des tintemens d'oreilles, puis perte complète de toute sensation.

BULLETIN GÉNÉRAL

DE THERAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

NOVEMBRE 1836.

N° 21. — 15 Nov.

Les systèmes en physiologie tournent tous en définitive au profit de la thérapeutique.

S'il est vrai que toute science médicale a pour but la thérapeutique, que cette partie de la médecine se trouve toujours, d'une manière plus ou moins immédiate, au fond de toute question agitée sur la science de l'homme, il est incontestable aussi que la thérapeutique se trouve continuellement, pour ses progrès, dans la dépendance de toutes les connaissances préliminaires sur lesquelles elle se fonde. Tant que ces connaissances sont imparfaites, tant qu'elles ne sont pas tout à fait positives, la thérapeutique manque de ses meilleures bases : elle ne les acquiert qu'en raison de la solidité préalablement constatée des élémens qu'elle met en usage.

Ces élémens n'ont pas d'ailleurs tous la même importance : les uns n'ont sur elle qu'une influence secondaire et bornée; les autres ont une action directe, générale et puissante ; il en est sans lesquels la thérapeutique n'est pas même concevable : telle est la science des modifications que les moyens de traitement impriment à l'organisme sain et malade; celle des changemens dont l'économie aurait besoin pour revenir de l'état morbide à l'état sain ; telle est surtout la science spéciale des applications de chaque modificateur à un état donné de la machine humaine, ou la science des indications.

Personne ne niera certainement que, dans ces deux dernières parties surtout, la thérapeutique emprunte presque tous ses progrès aux systèmes physiologiques. Notre siècle a beau créer les faits, rien que les faits, les faits comme on entend ce mot, c'est-à-dire les observations et les expérimentations ne sont rien, ne produisent rien, s'ils ne sont fécondés par le raisonnement, c'est-à-dire par une théorie : et une théorie en médecine n'est que l'application d'un système physiologique, puisqu'il y a dans toutes les actions d'un médecin, application plus ou moins raisonnée d'un système physiologique; les systèmes physiologiques ont toujours eu et doivent conserver toujours la plus grande influence sur la thérapeutique, tandis que les faits n'ont et ne peuvent avoir d'utilité hors d'eux-mêmes qu'autant qu'ils sont interprétés. C'est en effet ce que démontre péremptoirement l'histoire de l'art; mais elle démontre encore une autre chose, c'est que l'influence des théories, quelque désastreuse qu'elle ait pu paraître quelquefois en leur temps, a toujours été en définitive avantageuse pour la thérapeutique.

En effet, ne voyons-nous pas toujours dans l'histoire, une fois qu'une idée physiologique est lancée, la masse des travailleurs, concentrant ses efforts vers la vérification de cette idée, les uns la propageant et la défendant, les autres la repoussant de toutes leurs forces? ne voyons-nous pas toujours, au milieu de cette lutte, les faits interprétés suivant les connaissances de l'époque, rassemblés avec soin du point de vue de l'idée qui vient de faire fortune; au total, cette idée elle-même constituée en un centre d'action et de travail autour duquel se groupent tous les efforts que les données scientifiques contemporaines rendent possibles? Sous ce premier rapport, les systèmes physiologiques tournent déjà ainsi, sans exception, au profit de la thérapeutique; mais, sous un rapport plus élevé encore, la même vérité devient bien plus palpable quand on vient à comparer entre elles les diverses théories. On ne peut pas n'être pas frappé d'un fait capital qui est celui-ci : toute théorie physiologique qui fait un peu de bruit est d'un ordre plus avancé que les théories qui l'ont précédée. Il est facile d'en acquérir la preuve en comparant entre elles les théories physiologiques qui ont gouverné tour à tour le monde médical. Ne voit-on pas, en effet, aux grossières inspirations sur la matière considérée en masse, aux généralisations déduites des apparences tout extérieures d'un fait, succéder par degrés des théories de plus en plus subtiles, si l'on peut prendre ce mot en bonne part, et en même temps de plus en plus capables d'embrasser, dans les plus intimes détails, un plus grand nombre de phénomènes? L'histoire de ce qu'on appelle un fait en médecine met cette proposition dans la plus frappante évidence.

Au reste, quand nous manquerions des données historiques dont nous venons de nous appuyer, la raison toute seule suffirait pour prouver que les médecins n'ont pas pu manquer ici à la logique qui préside au progrès de toute science. Avant certaines théories, il fallait que les germes dont elles devaient sortir existassent : ce n'est qu'à mesure que l'arbre de la science prend racine et pousse ses rameaux, ses feuilles, ses fleurs, ses fruits, que chacun, surveillant l'évolution de la partie qui lui

convient, travaille aussitôt à se l'assimiler. C'est la loi de tout progrès, en médecine comme ailleurs. Or, comme pour la médecine c'est toujours en thérapeutique que les acquisitions scientifiques se resolvent, nous pourrions *à priori* poser en principe qu'il n'y a point de théorie physiologique qui n'ait tourné au profit de la science thérapeutique, quand bien même nous ne connaîtrions pas historiquement tout ce que nous leur devons, aux unes, pour avoir fait justice des moyens vicieux sur lesquels on avait été trompé par des faits trop avantageusement expliqués; aux autres, pour avoir appris à mieux distinguer l'occasion, le moment, le moyen d'agir; à presque toutes enfin, pour avoir donné une meilleure direction à des essais qui, sans elles, auraient pu se perdre dans la confusion inséparable des premiers travaux dans une science neuve. Les grands médecins de l'antiquité n'avaient pas moins d'intelligence et de sagacité que les plus grands des modernes; et cependant, malgré un génie prouvé par les magnifiques aperçus qu'ils nous ont laissés, tout ce qu'ils ont fait se trouve beaucoup au-dessous de ce que savent les modernes même médiocres. La différence qu'il y a entre eux et nous ne vient pas du nombre des faits à noter, car les faits médicaux étaient aussi nombreux de leur temps que du nôtre; ni de l'observation, car ils observaient avec autant de soin et de patience que les plus soigneux et les plus patiens d'entre nous; ni de l'esprit de l'observateur, car ils avaient au moins autant d'esprit que nous; mais elle provient des théories, celles qui ont successivement apparu entre eux et nous, nous donnant sur eux un avantage immense. Là se trouve le secret d'une incontestable supériorité, que nous n'aurions probablement pas si un homme tel qu'Hippocrate se réveillait aujourd'hui, éclairé par les lumières et les erreurs de toutes les théories qui, depuis lui, ont successivement été proposées et jugées dans notre science.

L'influence des théories physiologiques sur les deux parties les plus importantes de la thérapeutique, les progrès des théories, c'est-à-dire les avantages qu'a eus chaque théorie nouvelle sur celles qui l'avaient précédée, conduisent donc invinciblement à reconnaître la vérité de la remarque que nous avons énoncée plus haut, en disant que les systèmes en physiologie tournent tous en définitive au profit de la thérapeutique.

S. S.

De l'usage de l'ammoniaque à l'intérieur dans le traitement de l'épilepsie.

Après l'article essentiellement pratique sur l'emploi de l'indigo contre l'épilepsie, inséré dans l'un des derniers numéros du *Bulletin de Thérapeutique;* j'ai pensé que les lecteurs de ce recueil ne liraient pas sans intérêt quelques essais sur un mode de traitement, qui mérite, je crois, de fixer l'attention; je veux parler de l'usage de l'ammoniaque à l'intérieur, administré pendant l'imminence de l'attaque; moyen sur lequel j'ai déjà dit quelques mots dans mon *Traité de Thérapeutique* (1). A l'aide de cette médication, je suis parvenu maintes et maintes fois à suspendre des attaques d'épilepsie et d'hystérie, et, par cette suspension, j'ai pu consécutivement amener la cessation de la première de ces maladies, comme on le verra tout à l'heure. Les écrits les plus récens sur l'épilepsie ne font nullement mention de ce mode de traitement, et aucun auteur, que je sache, n'en a fait le sujet d'une étude particulière. Mais si les praticiens ont gardé le silence sur l'emploi de l'ammoniaque à l'intérieur, plusieurs ont préconisé le liquide à l'extérieur, notamment Pinel, qui l'a recommandé au début des attaques d'épilepsie dont l'invasion n'est ni trop brusque ni trop instantanée. « Le malade, dit Pinel, se pourvoit d'un flacon d'ammoniaque, et, aussitôt qu'il sent l'approche de l'attaque, il le présente à ses narines pour le flairer. » L'impression en est si forte sur l'organe de l'odorat, » que l'attaque en est entièrement prévenue. Ce n'est » pas sans doute (ajoute-t-il) une guérison complète: » puisque, si le malade manque d'ammoniaque, ou que » ce liquide ait été trop affaibli par des inhalations » successives, l'attaque se renouvelle; mais avec des » soins constans, on en prévient le développement, » comme je m'en suis assuré sur trois personnes différentes. » (Pinel, *Nosographie philosophique*, tome III). Cependant, malgré la recommandation de Pinel, l'usage de l'ammoniaque tomba en désuétude, puis en discrédit. Dans son article *Épilepsie* du *Dictionnaire de Médecine*, Georget le regardait comme rarement efficace, et, pour ma part, je partage complétement cette opinion, car je l'ai vu souvent échouer dans des cas où son administration intérieure fut au contraire suivie d'un plein succès.

Bien, comme je le disais tout à l'heure, que les écrivains soient restés muets sur l'emploi de l'ammoniaque à l'intérieur, il en est cependant qui paraissent avoir cherché dans l'administration de quelques substances agissant énergiquement sur l'estomac les moyens de suspendre l'attaque au moment de son début. Dumas est de ce nombre. En effet, nous trouvons un exemple de cette médication dans l'observation bien connue de cette épilepsie, dont les attaques, rendues périodiques au moyen du punch, furent ensuite coupées par le quinquina, et qui est consignée dans le trente-unième volume du *Journal général de Médecine*. Il y est dit qu'à la moindre apparence d'accès le malade prenait immédiatement un mélange d'éther sulfurique, de camphre et d'assa-fœtida. Cependant, malgré cette indication, nulle part ailleurs Dumas ne parle de cette dernière méthode de traitement pour suspendre les attaques d'épilepsie; et dans ses consultations même, où il s'étend longuement sur la thérapeutique de cette affection, et dans son ouvrage sur les maladies chroniques, ni lui ni ses commentateurs, Rouzet et Bérard, n'en font la moindre mention. Le docteur Handel, dans le journal de Hufeland, cite une observation qui se lie trop étroi-

(1) Voyez la deuxième édition de Paris, 1836.

tement à notre sujet pour que je la passe sous silence, ce fait tendant à démontrer que tout liquide diffusible pourrait avoir le même succès que l'ammoniaque. Voici l'observation du docteur Hondel, qui se trouve dans le second volume de la *Bibliothèque de Thérapeutique* de M. Bayle.

Une demoiselle sujette à des cardialgies et à des coliques violentes qui se terminaient par des attaques d'épilepsie, contre lesquelles une foule de moyens s'étaient montrés infructueux, sentant un jour les avant-coureurs de son accès, au lieu de faire usage d'une infusion de menthe poivrée qui la soulageait toujours, se méprit et but, par mégarde, environ une once de l'eau d'une fiole qui contenait du phosphore dont son frère se servait pour des expériences de physique. *Cet accident fit manquer le paroxysme.* Le docteur Handel prescrivit plus tard une solution de phosphore de deux heures en deux heures, et la malade fut délivrée de son épilepsie. Ce que je veux faire remarquer dans cette observation, c'est l'effet immédiat du liquide phosphoré administré pendant l'imminence de l'attaque; mais il faut se rappeler que le docteur Handel ne la cite que pour prouver la vertu curative du phosphore administré dans l'intervalle des attaques. C'est à ces seuls exemples que se bornent les faits que j'ai trouvés dans les auteurs; et, comme on peut le voir, ces faits n'ont point trait à l'ammoniaque, mais à des substances dont l'action s'en rapproche d'ailleurs beaucoup.

Il existe encore d'autres observations relatives à l'action de l'ammoniaque, qui pourraient bien jeter certain jour sur l'influence directe qu'exerce ce médicament sur l'encéphale. Ne sait-on pas que, dans le cas d'ivresse, il suffit de quelques gouttes de ce liquide pour dissiper, presque instantanément l'effet des boissons alcooliques? Il est aussi des migraines qui sont notablement calmées par son usage intérieur. Mais, quelle que soit du reste la manière d'agir de l'ammoniaque, que ses effets soient dus à la vive stimulation qu'il provoque sur l'estomac, laquelle rompt instantanément la communication morbide qui allait s'établir entre les parties où l'*aura* se fait sentir et le cerveau, ou qu'ils dépendent de la modification directe qu'il détermine sur ce dernier organe, il n'en est pas moins vrai que les attaques d'épilepsie, chez beaucoup de personnes, sont arrêtées court par le fait de son administration. Mais revenons à l'observation qui fait le sujet de cette notice.

M.***, âgé de 35 ans, d'une forte constitution, d'une sensibilité morale remarquable, est né d'une mère délicate qui mourut phthisique à l'âge de 35 ans. Aucun de ses parens n'a été affecté de maladie cérébrale ou de névrose, à l'exception seulement d'une de ses sœurs, qui fut sujette pendant quelque temps à des syncopes, et d'une autre qui a souffert plusieurs mois d'une névralgie sciatique. Jusqu'à l'âge de quinze ans, M.*** jouit d'une excellente santé; à cette époque, il eut une fluxion de poitrine du côté gauche, lequel depuis est resté sensible à la fatigue. De quinze à vingt et un ans, M.*** fut assez disposé au cauchemar; de vingt et un à vingt-cinq ans, il se livra à des excès vénériens, sans que sa constitution, d'ailleurs robuste, en éprouvât la moindre atteinte. A vingt-cinq ans, apparition d'hémorrhoïdes qui durèrent jusqu'à l'âge de trente-trois ans.

Vers vingt-huit ans, et sans cause appréciable, commencent à se développer des douleurs lancinantes, qui des os malaires se répandent aux branches des mâchoires. Ces douleurs reparaissent plusieurs années de suite, surtout pendant les mois de février et mars; et, comme quelques dents cariées que l'on présumait en être la cause furent arrachées sans qu'il en résultât de soulagement, on regarda ces douleurs comme dépendant d'une névralgie faciale. L'extrait de jusquiame fût prescrit à l'intérieur, et fut suivi de quelque calme. Cet état douloureux de la face durait depuis cinq ans environ, et plus particulièrement aux époques désignées plus haut, lorsqu'en 1827, à la suite d'émotions morales très-vives, provoquées par la nécessité où se trouva M.*** de prononcer, comme chef de jury, un verdict qui entraînait la peine capitale, un étourdissement, accompagné d'une insensibilité de la main droite et d'une perte très-instantanée des sens, eut lieu pour la première fois: un état d'accablement succéda à ce vertige. Cependant M.*** retournait à pied à son domicile, distant du palais d'une demi-heure environ, lorsqu'il fut pris, chemin faisant, d'un nouveau vertige avec insensibilité d'abord de la main droite, puis de la face et de la cuisse du même côté. A dater de ce moment, les attaques reparurent tous les huit ou dix jours, s'annonçant par une douleur ayant son point de départ dans les doigts de la main droite, et se répandant ensuite au coude et à l'épaule; presque au même instant, les paupières du même côté, ainsi que les muscles de la face, éprouvaient quelques mouvemens convulsifs, et une salive visqueuse et d'une saveur herbacée s'écoulait abondamment de la bouche. Pendant ces accès dont la durée n'était guère que d'une à deux minutes, ou même dans certains cas de quelques secondes, M.*** ne perdait point connaissance, n'éprouvait point de vertiges, seulement il lui était impossible de parler; il se frottait presque toujours le côté droit de la face afin de dissiper la sensation pénible dont cette partie devenait le siége. Une saignée du bras, pratiquée pendant le cours de cette année 1827, n'apporta aucun changement à cet état, qui, jusqu'au mois de septembre de l'année suivante, se maintint à peu près au même degré.

En septembre 1828, M.*** est de nouveau juré, et de nouveau il lui faut prononcer sur le sort d'un coupable. Dès-lors les accès deviennent presque journaliers; ils présentent en outre les différences dont il va être parlé. A l'instant où l'engourdissement du bras droit se fait sentir, une douleur excessivement violente, et qui apparaît avec la rapidité de l'éclair, se développe dans l'œil droit et se répand à la racine du nez. Cette douleur, que le malade compare à celle qui résulterait de l'arrachement de l'œil, s'accompagne d'une odeur des plus désagréables, mais que M.*** ne peut comparer à aucune autre connue, bien qu'il soit habile chimiste,

et d'une contraction douloureuse de la langue qui se retire en arrière. Comme dans les accès dont il a été parlé plus haut, l'intelligence reste libre, des mouvemens convulsifs agitent les paupières et les muscles du côté droit de la face; la parole est impossible, une salive visqueuse s'écoule abondamment de la bouche. Il est à remarquer que ni la région frontale, ni toute autre partie de la tête n'était alors douloureuse; plus tard la région occipitale le devint, particulièrement après les attaques. Au début de ces accès, M.*** se frottait fortement le bras droit, croyant par là faire cesser la douleur et l'engourdissement qu'il y ressentait; assez souvent la parole restait embarrassée quelque temps après. A la suite d'une de ces crises qui avait été très-forte, je pratiquai une saignée, mais sans obtenir le moindre amendement. Depuis quelque temps aussi les accès commençaient à s'annoncer par un long soupir, une gêne de la respiration et de la difficulté à avaler.

Parmi les causes qui tendaient à favoriser le retour des attaques, nous mentionnerons l'usage des spiritueux, du café et surtout des alimens chauds, les contentions d'esprit, le repos trop prolongé, les émotions morales, mais, par-dessus tout, le décubitus sur le côté gauche, lequel avait pour effet presque immédiat d'amener le tremblement et l'engourdissement des membres de ce côté, et même un accès imminent que M.*** ne pouvait prévenir qu'en se jetant rapidement sur le côté droit. L'exploration du cœur et des gros vaisseaux, tant par l'auscultation que par la percussion, ne put nous faire découvrir rien d'anormal vers cet organe, dont les fonctions d'ailleurs n'étaient nullement troublées.

Il est encore à remarquer que les attaques revenaient de préférence le matin et lorsque le malade était à jeun, et qu'elles n'étaient nullement influencées par le coït. Quelquefois elles laissaient après elles un peu de tremblement, plus souvent une céphalalgie vers les deux bosses occipitales, et toujours un malaise, une fatigue générale qui cessait par une ou deux heures de repos au lit. Lorsque les accès étaient très-violens, ce qui avait lieu tous les trois mois environ, la cuisse et la jambe droites restaient engourdies, et M.*** était obligé de se tenir couché une partie de la journée.

Vers la fin de 1828, les attaques se rapprochent et s'accompagnent d'une phénomène qui jusque-là n'avait point existé, d'une perte de connaissance. Ces attaques diffèrent des précédentes, en ce que les douleurs de l'œil droit et de la racine du nez ont complétement cessé, ainsi que l'odeur désagréable et la saveur herbacée qui avaient coutume d'annoncer l'accès. Le malade, averti par l'engourdissement des membres du côté droit, s'assied aussitôt, puis des mouvemens convulsifs se développent du côté droit de la face. En janvier 1829, les accès deviennent journaliers; quelquefois même ils se répètent trois fois par jour, mais alors ils sont moins forts et de moindre durée. Au commencement de mars, on administre le sulfate de quinine à assez haute dose: après trois semaines d'un usage infructueux on le cesse pour les pilules de Méglin, dont on augmente la quantité jusqu'à ce qu'il en résulte des nausées et des étourdissemens. Une nouvelle saignée, deux applications de sangsues à l'anus sont successivement prescrites; mais ces divers moyens ne sont suivis d'aucun résultat avantageux. Un vésicatoire circulaire est alors placé au bras droit. Trois mois se passent sans accès; mais le quatrième, les attaques reparaissent comme d'ordinaire, ainsi que les jours suivans. Dans le courant de juillet, à la suite d'une consultation avec M. Esquirol, il est convenu que le malade s'occupera de jardinage, ce qui fut fait, et qu'il sera posé à l'anus deux sangsues tous les jours, afin de rétablir, s'il est possible, les hémorroïdes qui avaient cessé en 1827, et qui n'avaient pu l'être par deux applications faites les mois précédens. Ce traitement n'eut pas d'effets plus heureux que les autres. Les attaques continuent avec la même fréquence; elles sont toujours suivies d'un défaut complet de connaissance; la parole est plus embarrassée, les idées plus diffuses. Des affusions froides sont employées, mais sans nul succès. C'est alors (novembre 1829) que l'on commença l'usage de l'ammoniaque, de la manière suivante. M.*** porte continuellement sur lui un flacon à l'émeril, contenant trois onces d'eau distillée de tilleul, une demi-once de sirop d'althœa et douze gouttes d'ammoniaque liquide. Le goulot du flacon est garni de liége et de peau de daim, afin que, dans les cas où il arriverait que les dents vinssent à le briser, la bouche ne fût pas déchirée. D'une autre part, M.*** s'habitue à retirer avec le plus de promptitude possible le flacon de sa poche, à le déboucher et à en avaler le contenu. Dès que l'attaque s'annonce par ses préludes ordinaires, c'est à dire par l'*aura* du bras, le malade avale aussitôt la solution ammoniacale, et l'accès est immédiatement arrêté. La même précaution amène toujours le même résultat : de journalières qu'étaient les attaques, elles ne reparaissent plus qu'à des intervalles plus ou moins éloignés; non pas qu'elles cessent d'apparaître, mais parce qu'elles sont arrêtées dans leur cours par l'emploi de la liqueur indiquée. Ce n'est que quand M.*** n'a pas le temps d'avaler la totalité du liquide que l'accès a lieu, et toujours alors de la même manière que précédemment. Pour ce motif, plusieurs fois la nuit et pendant le sommeil, des accès ont eu lieu. Il n'y avait encore que quelques mois que l'on était parvenu à arrêter les attaques par la solution ammoniacale, et, en les arrêtant dès leur invasion, à en éloigner sensiblement le retour, puisqu'il se passait quelquefois cinq et même huit jours, sans qu'il en vînt, lorsque nous nous décidâmes, de concert avec M. le docteur Andrieux, à recourir à l'usage du galvanisme. Un des conducteurs d'une pile de vingt-cinq paires, mais qui, plus tard fut de quarante, était appliqué à la région occipitale, tandis que l'autre communiquait à un bassin rempli d'eau salée, dans lequel plongeait la main droite. Chaque séance de galvanisme était de dix minutes, et M.*** fut galvanisé près de deux mois sans interruption. Le premier mois, pendant lequel l'usage de l'ammoniaque était toujours continué, il n'y

eut pas une seule attaque. Le second mois, il y en eut plusieurs, qui ne purent être arrêtées par la liqueur indiquée, faute de la prendre à temps, et notamment une forte pendant la nuit. Mais ce qui mérite une attention particulière, c'est qu'à la suite du galvanisme, que ce soit à son action ou à toute autre cause qu'il faille l'attribuer, des accès de somnambulisme vinrent remplacer les attaques d'épilepsie, se développant avec la même instantanéité et ne laissant à leur suite aucun souvenir des faits passés. Ainsi, M.*** avait-il à se rendre dans un lieu donné, il partait de chez lui en suivant exactement le chemin qui conduisait à ce lieu; mais sans qu'il en eût la conscience, sans qu'il s'en aperçût, quelques instans, quelques heures après, il se trouvait dans une direction opposée, dans un café où il n'avait pas l'intention de se rendre, causant avec des personnes qu'il ne connaissait pas, ayant commis des actes dont il n'avait nullement la conscience. Les attaques épileptiques continuent à s'éloigner; la solution ammoniacale continue aussi à les suspendre lorsqu'elles surviennent; enfin la maladie de M.*** s'use et devient tout à fait supportable, les accès épileptiques et somnambuliques n'ayant plus lieu qu'à de longs intervalles. A cette époque, en 1833, je perdis ce malade de vue, Cependant la santé de M.*** continuait à être bonne, quoiqu'il lui restât toujours une certaine difficulté à prononcer, peu d'ordre dans les idées et une perte notable de la mémoire. En 1834, il survint un catarrhe pulmonaire fort intense, qui malheureusement fut négligé. L'hiver de 1835 vit accroître cette dernière affection, et, dans le courant de la même année M.*** mourut avec tous les signes d'une phthisie pulmonaire, d'après ce qui m'a été rapporté par le médecin qui lui donna des soins dans les dernières semaines de sa maladie.

Cette observation, je crois, n'a pas besoin de commentaires, et, si l'espace me le permettait, c'eût été sur d'autres points que ceux de la thérapeutique que j'aurais désiré entretenir encore le lecteur. J'eusse rapproché ce fait d'autres exemples d'épilepsie avec *aura*, dont l'origine paraît également se rapporter à des névralgies des membres ou des nerfs de la cinquième paire; j'eusse montré les ressemblances qui existent entre ces deux affections sous le point de vue l'instantanéité de l'apparition des accès, de la forme des phénomènes qui les accompagnent et de l'identité des organes qui paraissent en être le siége; les maladies des nerfs, ainsi que mes recherches parfaites particulières m'ont permis de le constater, ayant beaucoup plus fréquemment qu'on ne le pense leur point de départ dans le cerveau, j'eusse fait voir que ces points de contact entre l'épilepsie et les névralgies ne se bornent pas aux organes malades et à la manière dont ils sont malades, mais encore aux agens thérapeutiques que nous savons être les plus puissans, etc.; mais, pour l'instant, je me contenterai de fixer l'attention des praticiens sur les secours dont peut être l'ammoniaque dans certaines épilepsies: j'appellerai leur concours sur ce genre de traitement, et je terminerai cette note par quelques propositions sur l'usage intérieur de ce médicament. M'occupant d'ailleurs d'une manière presque spéciale de l'épilepsie, et ayant plusieurs malades en traitement, je pourrai, d'ici à quelque temps, fournir de nouvelles données sur la médication par l'ammoniaque, comme sur plusieurs autres qui, de nos jours, ont été beaucoup trop négligées, et qui ne méritaient pas l'oubli ou le dédain dans lesquels elles sont tombées.

1° Lorsque l'épilepsie existe avec un *aura*, et que les parties qui sont le siége de cet *aura* sont éloignées du cerveau, la perte de connaissance étant alors moins brusque, l'usage de l'ammoniaque administré à l'intérieur peut devenir un moyen précieux pour suspendre les attaques.

2° L'observation démontrant que la répétition des attaques d'épilepsie favorise le retour de ces mêmes attaques, de même que leur éloignement en rend au contraire le retour moins fréquent, l'usage de l'ammoniaque à l'intérieur, ayant pour effet d'arrêter l'attaque au moment où elle est imminente, a pour résultat secondaire d'éloigner les nouvelles attaques, et conséquemment de prévenir le retour de la maladie.

3° Les effets de l'ammoniaque à l'intérieur sont d'autant plus efficicaces que ce médicament est administré avec plus de rapidité, et que l'instant où il pénètre dans l'estomac est plus rapproché de celui où l'*aura* épileptique commence à se faire sentir.

4° Toutes choses égales d'ailleurs, l'ammoniaque est d'un secours plus puissant lorsque les attaques d'épilepsie sont fréquentes que dans les cas où elles n'apparaissent qu'à de très-longs intervalles.

5° Des divers essais tentés sur le mode d'administration le plus convenable de l'ammoniaque à l'intérieur, le suivant est celui qui nous a paru mériter la préférence.

Pr.	Eau de tilleul.	℥ ij β.
	Ammoniaque liquide.	gouttes x à xij.
	Sirop d'althæa.	℥ β.

Renfermez ce mélange dans une bouteille à l'émeril à large et fort goulot, garni de liége et de peau de daim, afin d'en pouvoir faire usage sans accident au moment de l'attaque. Le malade aura la précaution de porter toujours sur lui ce flacon, après s'être suffisamment exercé à le retirer de sa poche, à le déboucher et à en avaler le contenu en une seule fois, le succès dépendant de la rapidité avec laquelle le liquide pénètre dans l'estomac.

6° Dès que le malade commence à sentir les préludes de son attaque, il faut qu'à l'instant même il avale la totalité de la solution ammoniacale, et, dans la crainte qu'un second accès ne se développe peu de temps après le premier, qu'il se munisse aussitôt d'un autre flacon.

L. Martinet.

Agrégé, ancien chef de clinique à l'Hôtel-Dieu.



Note sur un nouveau procédé de symphyséotomie pubienne.

La symphyséotomie (1) pubienne, comme la plupart des découvertes dont on s'engoue, a éprouvé de grandes vicissitudes de vogue et de défaveur. Après qu'elle eut valu l'honneur d'une médaille à son inventeur (1768), Sigault, dont le nom retentit avec éclat dans toute l'Europe, il se fit une réaction dans les esprits, et Baudelocque, entre autres, porta contre elle un arrêt de proscription qu'on pourrait taxer d'un peu d'exagération. Il n'en reste pas moins démontré pour tout accoucheur instruit, que ce sera toujours un moyen précieux de délivrance dans les cas de dystocie où l'art éclairé y a recours.

J'ai à faire connaître un nouveau procédé pour pratiquer cette opération. Bien qu'il ait été rapporté, en 1834, dans la thèse de M. Faure-Biguet, il paraît néanmoins être resté ignoré, et ne se trouve clairement mentionné, que je sache, dans aucun des ouvrages récemment publiés sur cette matière, MM. Malgaigne *Manuel de médecine opératoire*, 1834), Velpeau (*l'Art des accouchemens*, 1835, 2e édition), Dugès (Dict. en 15 volumes, *Symphyséotomie*, 1836), etc., n'en parlant pas; il mérite d'être acquis à la science.

Il règne une telle dissidence parmi les auteurs sur les avantages et les désavantages de la symphyséotomie pubienne, que de nouvelles recherches sont nécessaires pour fixer définitivement l'opinion sur ce sujet. Les éloges exagérés que ses partisans lui ont donnés, les abus qu'ils en ont fait et les insuccès qu'ils ont eus ont inspiré la méfiance et le doute. Un auteur estimé de médecine opératoire écrivait en 1832 : « Le peu d'avantages » et les dangers de la symphyséotomie sont actuellement » si bien constatés, qu'on ne la pratique presque plus ; » et il est difficile de ne pas convenir, avec Désormaux, » qu'au fond elle n'est guère moins grave que l'opération césarienne, et que son usage doit se renfermer » dans des limites assez étroites. »

Il n'y a pas jusqu'au degré d'écartement possible entre les os pubis sans accidens fâcheux qui n'ait été la cause de longs débats qu'on pourrait appeler malheureux, car ils ont été et devaient être à peu près stériles. Il est étonnant que des hommes de l'art n'aient pas réfléchi de prime-abord qu'aucune règle générale absolue ne pouvait être donnée sur un sujet où tout est anomalie, et que les expériences des uns ne contredisaient pas directement celles des autres ; car enfin ils manœuvraient sur des bassins diversement viciés, et devaient arriver à des résultats contraires. Ceux qui ont fait des recherches sur les effets de cette opération dans le cas de difformité savent que l'étendue d'écartement possible sans accident est loin d'être la même chez toutes les femmes : j'ai observé sur le cadavre que tel degré qui chez l'une s'effectue innocemment amène chez une autre une forte diastase ou même une déchirure des symphyses sacro-iliaques. Ce résultat se prévoit *à priori*; en effet l'inégalité de courbure des deux branches du levier représentées par les os coxaux, l'inégalité de ramollissement ou de résistance des articulations sacro-iliaques, l'ossification de l'une de ces symphyses, sans parler encore des variétés de viciation du détroit supérieur, rendent parfaitement compte de la diversité des mesures proposées ; il ne pouvait même en être autrement, et il est physiquement impossible de déterminer d'une manière absolue la distance momentanée qu'on peut, sans danger, mettre entre les os pubis. Dans tous les cas, cette manœuvre exige beaucoup de prudence.

Les meilleurs traités s'accordent à établir qu'on peut, en général, sans accident fâcheux, obtenir de vingt-deux à trente lignes au plus ; or cela suffit pour un bassin de deux pouces et demi, surtout lorsqu'on a la précaution de faire correspondre une bosse pariétale à l'intervalle libre que laissent entre eux les pubis (1). Au-dessous de deux pouces et demi, le succès n'est pas impossible : mais il dépend alors de conditions très-rares, telles que le petit volume de la tête, la mobilité relative des os du crâne, le relâchement des articulations sacro-iliaques, toutes circonstances éventuelles qu'il n'est pas donné de bien apprécier à l'avance, et qui ne peuvent offrir de motifs suffisans pour une opération grave. Le cas où, sans contredit, la diérèse des pubis paraît présenter le plus d'avantages, c'est lorsque le rétrécissement porte sur les diamètres transverses ou obliques du détroit abdominal, ou bien sur les diamètres bi-sciatiques ou coccypubiens du détroit périnéal ; car alors l'écartement se fait tout entier au bénéfice des diamètres rétrécis.

Il me semble qu'on a beaucoup exagéré les dangers de cette opération. Les anciens auteurs rapportent une foule d'exemples de ruptures spontanées de la symphyse pubienne au moment de la délivrance. Je tiens d'un accoucheur répandu que, dans l'application du forceps, cette déchirure s'opère plus souvent qu'on ne pense : et cependant, en général, il ne se manifeste pas d'accidens, pourvu qu'on ait soin d'astreindre la malade à

(1) L'expression de *symphyséotomie* est une dénomination incomplète pour désigner la diérèse de la symphyse des pubis : je crois donc devoir l'appeler *symphyséotomie pubienne*, comme on dit lithotomie périnéale, vestibulaire, urétrale, etc.

On a lieu de s'étonner que la description de cette opération ait été complétement oubliée dans le *Dictionnaire de chirurgie pratique* de Samuel Cooper.

(1) « Au reste, il faut faire attention que c'est ordinairement derrière le corps du pubis ou derrière la cavité cotyloïde, et non à la face postérieure de la symphyse, que se trouve l'occiput et la bosse pariétale. Mais aussi cette dernière disposition donne à son tour un très-grand avantage à l'opération, et je suis étonné que les auteurs en aient à peine parlé. Si le diamètre antéro-postérieur n'est agrandi que de deux à trois lignes, les diamètres obliques le seront au moins de cinq à six. Il en résulte qu'au fond la section du pubis semble être moins limitée dans ses applications qu'on ne l'admet généralement. » (Alf. Velpeau, *l'Art des accouchemens*, deuxième édition, 1835, t. II, p. 429.)

garder le repos et le lit. Aujourd'hui que les expériences de Camper ont si bien prouvé la possibilité d'une cicatrisation parfaite, ne pourrait-on pas espérer d'arriver à d'aussi heureux résultats, si l'art, dans ses opérations, imitait la marche de la nature en n'exposant pas à l'air les surfaces qu'il veut diviser et dont il cherche à obtenir ensuite la réunion? Toutes ces considérations m'ont paru nécessaires avant d'entrer dans la description du procédé suivant, qui simplifie une opération dont j'ai cru devoir démontrer l'utilité, et qui en rend les chances plus favorables. Il est dû à M. Imbert, chirurgien en chef de l'hospice de la Maternité de Lyon; il a déjà été appliqué plusieurs fois sur la femme vivante. Voici quel en est le manuel opératoire.

La femme est placée sur le bord de son lit, le siége convenablement élevé, comme pour la taille sous-pubienne; deux aides maintiennent les cuisses fléchies et légèrement écartées; une sonde est alors introduite dans la vessie pour évacuer l'urine et rendre ce viscère moins accessible à l'instrument tranchant; elle est ensuite confiée à un aide qui doit incliner et déjeter le canal de l'urètre du côté opposé à celui de l'incision, afin de le soustraire à l'action du bistouri. Cela fait, l'opérateur, placé entre les cuisses de la patiente, écarte légèrement les grandes lèvres avec l'index et le pouce de la main gauche, de manière à tendre la membrane muqueuse du vestibule, qui acquiert par la dépression de l'urètre jusqu'à un pouce de hauteur; il y porte alors la pointe d'un bistouri à rondache au-dessous et en arrière de la symphyse, et, le dirigeant en haut et en avant, il divise successivement d'arrière en avant les parties molles et le catilage inter-articulaire; les tégumens restent intacts. Rien de plus expéditif que ce mode de symphyséotomie: il ne faut pas deux minutes pour l'exécuter. Je ne l'avais point vu appliquer sur la femme en travail; l'auteur a eu la complaisance de le pratiquer devant moi, et j'ai pu de suite le répéter avec la plus grande facilité.

Plusieurs avantages importans me paraissent attachés à ce procédé. Il n'exige aucun préliminaire, ni aucun appareil d'instrumens; il n'est pas besoin de raser le mont de Vénus; un simple bistouri suffit pour l'opération.

On n'intéresse pas la peau, qui reste pour former autour du bassin une ceinture naturelle, destinée à borner l'écartement, dont l'extension brusque serait dangereuse. En outre, on évite une cicatrice extérieure souvent difforme et toujours désagréable.

Par sa direction déclive, la plaie permet facilement au pus de s'écouler, ce qui l'empêche de séjourner sur le péritoine. Par son peu d'étendue, elle offre moins d'accès à l'air, qui est une cause si fréquente d'inflammation septique; et si, dans les ruptures spontanées des ligamens articulaires, il n'y a pas d'accident, ne doit-on pas attribuer cette heureuse issue à ce que la solution de continuité est à l'abri de ce contact? Un autre bénéfice, c'est que la cicatrisation en est aussi plus prompte.

Ce procédé possède encore sur l'ancien l'avantage d'être moins douloureux, puisque la peau est épargnée. Il est plus facile, car on est presque assuré de rencontrer tout de suite le cartilage articulaire, en portant l'instrument au sommet de l'arcade du pubis; circonstance importante, si l'on considère que, dans les bassins viciés, la symphyse, qui se trouve assez souvent déviée, devient une cause de tâtonnemens pénibles. Enfin, il simplifie le pansement.

On pourra peut être objecter que la lésion de la vessie est à craindre; je répondrai que jamais cet accident n'a eu lieu, ni sur la femme vivante, ni sur le cadavre. Au reste, je proposerais de faire subir à l'instrument une modification légère qui annihilera les chances défavorables de l'opération. On conçoit qu'ici le couteau boutonné de Dupuytren ne serait point applicable, parce qu'il ne pourrait achever la section. J'emploierais un fort bistouri, convexe sur son tranchant, et terminé par une extrémité obtuse. De cette manière la section, faite lentement, s'effectuera sans danger, même dans le cas d'enclavement, où la difficulté est à son maximum. Je remarquerai d'ailleurs qu'une fois la lame engagée entre les surfaces articulaires, il n'est pas à craindre que l'instrument se dévie.

Mais si l'on rencontrait la symphyse ossifiée, que faudrait-il faire? On a dit qu'alors il y avait peu de chance d'obtenir un agrandissement suffisant, parce qu'il était probable que les articulations sacro-iliaques étaient également soudées. Mais cette méthode ne paraîtra-t-elle pas trop exclusive, surtout si l'on réfléchit que toute femme enceinte n'est pas en général et ne peut être d'un grand âge, et que dès-lors cette soudure anormale peut bien ne résider que sur les pubis? Arrivé à ce point, je conseillerais, la voie étant faite, de substituer au bistouri une scie articulée à sommet obtus, qu'on ferait agir de la même manière, avec la précaution de ralentir le mouvement quand la désarticulation s'achève, pour ne pas léser les parties environnantes.

Dès que la section et complète, il se produit un écartement spontané de six à douze lignes; on avait donné le conseil de maintenir les cuisses modérément rapprochées, pour éviter une distension trop précipitée et trop considérable; mais ici ce soin est inutile, parce que les tégumens restés intacts s'opposent à ce qu'un pareil effet ait lieu. Si l'ouverture interpubienne n'est pas suffisante pour la délivrance, on écarte avec lenteur et modération les cuisses de la femme, qu'on fait agir comme des leviers sur le bassin; puis on abandonne l'accouchement aux efforts de la nature, si la position du fœtus est favorable et que la mère conserve encore assez de force; sinon on a recours au forceps.

Faudra-t-il ensuite appliquer une ceinture? A. Leroy et Lescure regardent cette précaution comme superflue, prétendant que le vide interpubien se remplit alors d'un tissu cellulo-fibreux qui n'ôte rien à la résistance de l'articulation, et qui permet à la femme d'accoucher par la suite avec plus de facilité: et il est de fait que des opérées, chez qui la consolidation parfaite n'avait pas eu lieu ont cependant pu se tenir debout, marcher et même sauter, sans en être sensiblement incommo-

dées : la plus grande force qu'avaient acquise les symphyses postérieures en donne sans doute la cause et l'explication. Mais il n'en est pas moins vrai qu'en général on exposerait l'accouchée à n'avoir aucune solidité dans le bassin, et à demeurer infirme pour le reste de ses jours. La ceinture est donc toujours utile, et, dans ce procédé, elle constitue tout le pansement. D'ailleurs on peut répondre que la réunion n'est jamais immédiate, mais qu'il se produit toujours, comme dans les fractures de la rotule, une substance intermédiaire, et que, si l'écartement moindre qui reste ne laisse pas autant de facilité pour les accouchemens subséquens, du moins la soudure en est plus ferme, plus complète et plus sûre. Il faut ensuite faire garder le repos et le lit pendant six semaines, temps necessaire à la réunion des symphyses; et ce n'est qu'avec réserve qu'on permettra les mouvemens de la marche à l'approche de la guérison.

Je dois dire que, depuis ces recherches, j'ai découvert, dans mes lectures, qu'un chirurgien d'Édimbourg, nommé Aitken, avait proposé, en 1786, un mode analogue de symphyséotomie, et que déjà en 1780 une opération semblable avait été pratiquée à Utrera, en Andalousie (*Journ. de Médec.*, tom. 55); mais cette idée était complétement restée ou tombée dans l'oubli, et l'on peut dire que cela n'ôte rien au mérite de l'invention qu'on ne saurait refuser à son auteur, qui ne connaissait pas ces faits, généralement ignorés. Comme inconnus, ils étaient perdus pour la science, qui n'en avait pas tiré profit, et je présume que la qualification de nouveau procédé est ici parfaitement applicable. Quoi qu'il en soit, l'important c'est que ce procédé opératoire soit simple, facile et généralement préférable à l'ancien, et je crois avoir démontré qu'il réunit ces qualités. PETREQUIN, D.-M., P.

Considérations pratiques sur le chancre, pour servir à la thérapeutique des affections syphilitiques; par M. RICORD, chirurgien de l'hôpital des vénériens.

(QUATRIÈME ET DERNIER ARTICLE.)

Mais examinons maintenant, sous le rapport thérapeutique, les principales variétés du chancre que nous avons admises.

1° *Chancre larvé.* Lorsque l'urètre est le siége du chancre, que des symptômes de blennorrhée aiguë l'accompagnent et le compliquent, c'est au traitement antiphlogistique qu'il faut d'abord recourir : sangsues au périnée, au pénil; bains locaux émolliens, opiacés; bains généraux, boissons abondantes; et éviter les érections, qui, en distendant les surfaces malades, les éraillent, les déchirent et augmentent l'ulcération. Pour cela, je fais prendre au malade, tous les soirs, deux des pilules suivantes :

Pr. Camphre pulvérisé.	℈ij.
Extrait gommeux d'opium.	gr. viij.
Mucilage.	q. s.

Mêlez pour seize pilules.

Si de petits abcès se forment sur les points du canal qu'occupe le chancre, il faut avoir le soin de les ouvrir de bonne heure; enfin, quand les complications inflammatoires sont calmées, on fait pratiquer dans l'urètre des injections de vin aromatique étendu d'abord de partie égale de décoction de têtes de pavot, puis pur s'il ne produit pas d'irritation. On peut souvent, dès le début, quand les symptômes blennorrhagiques ne sont pas trop intenses, avoir recours à la cautérisation avec le nitrate d'argent porté à l'aide de l'instrument de M. le professeur Lallemand, de Montpellier; cette cautérisation d'urètre devient très-avantageuse quand la blennorrhagie est calmée, ou que le chancre existe seul, et agit ici comme dans les chancres extérieurs.

Lorsque l'ulcère a son siége à l'entrée du canal, qu'il est visible, le traitement indiqué pour les autres chancres lui est tout à fait applicable; seulement il est très-utile, dans les cas où les malades peuvent le supporter, de tenir un petit cylindre imprégné des matières du pansement entre les lèvres du meat urinaire, pour les empêcher de se toucher.

Quant à la blennorrhagie, qui dans ces circonstances accompagne le chancre, elle disparaît avec lui lorsque seul il en est cause, ou cède autrement aux anti-blennorrhagiques, qu'il faut en même temps employer quand elle ne constitue qu'une affection concomitante.

Dans les cas où les chancres siégent dans les profondeurs du vagin, sur le col utérin ou dans sa cavité, le *speculum* doit les mettre à découvert à chaque pansement, pour cautériser et faire les applications topiques nécessaires. Quant à ceux de la partie inférieure du rectum et de l'anus, ils réclament les plus grands soins de propreté, des pansemens répétés, et surtout après les garderobes, qui doivent être rendues faciles par tous les moyens possibles, et qu'on doit toujours faire précéder, autant qu'on le peut, d'un quart de lavement fortement mucilagineux, pour que des matières trop dures ne viennent pas érailler les parties malades. Ce ne serait que dans les cas où la canule, du reste en gomme élastique, produirait plus de douleur que le passage des fèces, qu'il faudrait renoncer à ses soins presque toujours indispensables. Les pansemens seront ici maintenus à l'aide d'une petite mèche, portés par des injections ou seulement appliqués à plat, lorsque la présence d'un corps étranger dans le sphincter pourra déterminer trop de spasme et de douleur. Il faut bien se garder, comme nous l'avons vu faire, de prendre des ulcères de cette nature pour des fissures simples, et d'en pratiquer l'incision, qui ne manque pas d'étendre la maladie.

2° *Chancres superficiels.* Dans la majorité des cas, ces chancres ne présentent aucune indication particulière. Lorsqu'ils siégent sur le gland ou le prépuce, et qu'en même temps il y a des symptômes de balanite, on peut

les confondre avec les érosions simples qui accompagnent cette inflammation catarrhale, quand ils ne sont point indurés; mais il suffit alors d'une cautérisation superficielle et de l'interposition d'un linge fin et sec entre le gland et le prépuce, pour les faire disparaître en peu de jours; ou, s'ils résistent, on leur applique le traitement complet indiqué plus haut.

3° *Chancres phagédéniques.* Lorsqu'un chancre phagédénique, quelle que soit sa variété, a détruit le frein, produit un trajet fistuleux, détaché des portions de parties molles en formant des ponts, il faut diviser ou exciser les surfaces ainsi décollées, affectées d'ulcération, et qui, en se touchant, s'entretiennent, leurs conditions ne permettant pas l'adhérence. Pour le frein, par exemple, quand il est perforé, on guérit moitié plus vite en en faisant l'excision à l'aide de petits ciseaux courbes, dont on glisse une branche dans l'ouverture; puis on coupe près du gland et ensuite on résèque la portion qui reste adhérente au prépuce, en ayant le soin, après coup, de cautériser toute la surface de l'ulcération sous-jacente mise à nu et les points saignans résultant de l'opération.

A. Chancres phagédéniques pultacés, diphthériques. Il faut ici étudier avec soin les conditions qui pourraient y donner lieu. Souvent l'habitation du malade est malsaine, froide et humide, et en la changeant on voit le mal s'améliorer : c'est ainsi que des chancres contractés dans des pays chauds, et transportés dans des climats du nord, s'aggravent si souvent d'une manière effrayante, et que dans les conditions opposées on les voit fréquemment atteindre avec rapidité un terme heureux; ce qui expliquerait peut-être, pour le dire en passant, certains effets obtenus du transfert d'un hôpital dans un autre, ou dans des villes du midi plus heureusement situées.

Dans cette variété de chancres, on trouve le plus ordinairement quelque affection viscérale concomitante, et sous l'influence de laquelle elle semble se développer. Ainsi que nous l'avons déjà dit, c'est le plus souvent un mauvais état des voies digestives qui l'entretient ou la favorise, et c'est alors contre cette cause qu'il faut principalement agir; si on la laisse persister, ou qu'une mauvaise médication l'aggrave, il ne faut pas espérer guérir l'ulcère syphilitique qu'elle tient sous sa dépendance.

En remplissant toutes les indications thérapeutiques que peuvent présenter les différens états pathologiques qui accompagnent et compliquent le chancre, dans la variété qui nous occupe ici, il faut se garder d'en attribuer la marche fâcheuse et rapide à la nature de la cause spéciale, à la plus grande intensité du virus : c'est une erreur commune et qui cause beaucoup de mal, en engageant les praticiens fauteurs exclusifs de l'ancienne doctrine de recourir avec promptitude et énergie à l'usage du prétendu spécifique, et d'administrer le mercure à des doses proportionnées à la force de la cause spéciale qu'ils veulent neutraliser.

Qu'on se rappelle que le principe des maladies syphilitiques est toujours identique; comme celui de la variole, et que les différences ne tiennent qu'aux conditions individuelles, et alors on fera, pour les maladies vénériennes, comme pour toutes les autres, de la médecine rationnelle.

Je puis affirmer qu'à part un très-petit nombre d'exceptions, l'usage banal des pansemens mercuriels et celui des préparations mercurielles à l'intérieur sont on ne peut plus nuisibles dans le chancre phagédénique pultacé ou diphthérique, et cela d'autant plus que, n'étant point accompagné d'induration, il l'est d'accidens inflammatoires et d'irritabilité nerveuse. Il n'est pas rare même de voir de ces ulcérations, sur le point de passer à la période de réparation, éprouver, sous l'influence de ce médicament, de fâcheuses recrudescences, et des chancres, primitivement limités et réguliers, devenir phagédéniques par le seul fait d'un traitement mercuriel.

Quelle qu'ait été l'origine de la variété que nous étudions ici, qu'elle ait succédé à un chancre de la peau, des muqueuses, où à un bubon virulent, la médication la plus favorable, le plus souvent et le plus promptement suivie de succès, a consisté encore dans l'emploi combiné des cautérisations et des pansemens avec le vin aromatique : ici les cautérisations doivent être profondes et répétées, dans quelques cas deux fois par jour, pour suivre le mal dans ses progrès; il doit en être de même des pansemens : la sécrétion, étant très-abondante, doit être souvent abstergée. Il est des malades chez lesquels l'ulcération ne s'est fermée qu'après l'emploi presque continu d'une sorte d'irrigation.

Il faut aussi avoir le soin de ne pas déchirer ou érailler les bords, en renouvelant les pansemens; chaque écorchure s'inocule, chaque soulèvement de la peau favorise l'imbibition du pus virulent et une nouvelle étendue du mal !

Quand l'inflammation locale est très-vive, on a conseillé d'appliquer dans ces chancres quelques sangsues; pour moi, je suis très-sobre de cette pratique, dont les résultats sont loin d'avoir les avantages que quelques praticiens semblent lui accorder. Outre la difficulté de faire mordre ces animaux dans des points ulcérés, leurs piqûres sont une cause d'accroissement de l'ulcère dans toute la profondeur des tissus que la morsure a divisés. Toutefois, s'il est rarement permis de mettre des sangsues dans le fond de l'ulcère lui-même, il faut encore plus se garder d'en appliquer auprès; car chaque piqûre que le pus vient à toucher forme une nouvelle ulcération. Lorsque l'inflammation locale nécessitera une évacuation sanguine, les sangsues doivent être appliquées à une certaine distance, dans des points non déclives, et leurs piqûres garanties ensuite par des compresses imbibées d'eau blanche, de manière à ce qu'elles ne soient pas souillées par le pus jusqu'à complète cicatrisation. Dans ce cas encore de complication inflammatoire, les pansemens avec des décoctions émollientes et narcotiques, l'emploi des cataplasmes de fécules ou de semoule au lait, aidés de l'usage des bains tièdes, muculagineux, ou de gélatine, ne tardent pas, avec une diète proportionnée à l'état général et local, le repos

absolu, et les boissons délayantes, d'amener d'heureux résultats.

Lorsque ces chancres sont accompagnés de beaucoup d'irritabilité et de douleurs, circonstances qui peuvent exister avec ou sans beaucoup d'inflammation, il faut, tant que ces conditions prédominent, avoir recours aux préparations opiacées, tant à l'intérieur que localement. Les pansemens seront faits alors avec la solution suivante :

Pr. Eau distillée de laitue.	℥ viij.
Extrait gommeux d'opium.	℥ j.
Mêlez.	

et cela lorsqu'il existera en même temps de l'inflammation ; dans le cas contraire l'opium sera uni au vin.

Mais ici encore la cautérisatisation avec le nitrate d'argent constitue un puissant auxiliaire. Il faut bien se garder, par de fausses doctrines, de se laisser arrêter par la douleur ou l'inflammation. Le plus souvent, le nitrate d'argent est *le sédatif le plus efficace et l'antiphlogistique le plus certain*, quand on sait bien l'appliquer. Tous les jours, les élèves qui suivent ma clinique peuvent se convaincre de cette vérité ; et voir les malades eux-mêmes réclamer la cautérisation. La douleur vive qu'elle excite au moment de l'application ne tarde pas à se calmer, pour faire place à un mieux qu'on cherche en vain par d'autres médications. A cette règle, quoi qu'on en dise, il y a peu d'exceptions dans lesquelles il faille momentanément renoncer à ces moyens combinés, pour avoir recours à des pansemens à l'aide de corps gras, et plus particulièrement du cérat opiacé.

Cependant le chancre phagédénique peut continuer à faire des progrès, ou rester dans un *statu quo*, et ne point marcher vers la guérison. Dans ces cas rebelles, où on ne peut saisir la cause du mal, on a vu quelquefois réussir les cataplasmes faits avec des carottes, la cire fondue chaude, les onguens digestifs. On a eu recours aux caustiques les plus puissans, au beurre d'antimoine, à la potasse, à l'alcool, au fer rouge, appliqué d'une manière directe ou comme cautère objectif. J'ai employé avec succès la pâte de Vienne et un moyen bien moins violent : le vésicatoire et la poudre de cantharides.

Toutes les fois que par le nitrate d'argent, les émolliens, les antiphlogistiques, les narcotiques, ou les pansemens avec le vin, le chancre continue à faire des progrès, ou reste stationnaire, voici la médication que j'emploie : l'ulcération est-elle à découvert partout, j'applique dessus un vésicatoire, ou bien je la saupoudre de cantharides ; est-elle au contraire profonde, a-t-elle succédé à un bubon virulent dont elle occupe le foyer, si la peau décollée est encore assez épaisse, j'ai également recours au vésicatoire, et en même temps à la poudre de cantharides introduite dans la cavité suppurante. Ce pansement est laissé vingt-quatre heures. Le lendemain, on le fait avec de la charpie fine imbibée de vin aromatique, et on continue comme dans les chancres ordinaires. Sous l'influence de ce traitement, l'ulcération se déterge bientôt, et les bourgeons charnus de la période de réparation ne tardent pas à se montrer ; enfin, s'il existait un foyer, il se remplit et la peau se recolle. Cependant, chez quelques malades, il faut répéter l'application du vésicatoire et la poudre de cantharides ; mais on ne revient au premier que tout autant qu'il n'a pas atteint son but au moment où il est sec ; tandis que pour la poudre, on en remet tous les trois ou quatre jours, jusqu'à ce qu'on voie l'arrivée des bourgeons charnus (1).

Si le traitement dont il vient d'être question, et qu'une expérience journalière m'autorise à recommander, venait cependant à échouer, et que la maladie continuât à faire des progrès, c'est à la cautérisation avec la pâte de Vienne qu'il faudrait donner la préférence, pour appliquer ensuite un des pansemens indiqués selon les conditions locales après cette cautérisation.

Mais fréquemment, dans le chancre phagédénique, qui nous occupe ici, les bords de l'ulcération sont tellement décollés et amincis, que c'est perdre du temps que de chercher à en solliciter une adhérence alors impossible. Ces tissus trop altérés doivent être détruits. Pour agir d'une manière efficace et prompte, il est important d'établir des distinctions. Lorsqu'une ulcération a surtout succédé à un abcès, il peut y avoir beaucoup de décollement et la peau être fort mince par le seul fait du pus et sans qu'elle ait pris la marche phagédénique, dans le sens que nous attachons ici à cette expression ; tandis que d'autres fois elle peut avoir subi cette déviation. Dans le cas où cette forme phagédénique n'a pas lieu, quelle que soit l'étendue des tissus dont on a à faire le sacrifice, on peut employer l'instrument tranchant, et les ciseaux courbes de préférence, pour les réséquer nettement, de manière à donner la forme la plus favorable pour la cicatrisation, en songeant à éviter le plus possible les difformités, qui, dans certaines régions, restent comme signes accusateurs indélébiles d'un mal dont on a toujours intérêt à cacher même d'anciennes atteintes.

(1) Pour le *chancre lymphatique*, ou bubon virulent, si le traitement abortif a échoué, que les antiphlogistiques et les émolliens n'aient point amené la résolution de la période phlegmoneuse, aussitôt que je sens la fluctuation, je fais une ponction pour évacuer le pus par une petite ouverture parallèle au grand diamètre de la tumeur. Le jour de l'ouverture, si le foyer est peu étendu, je l'évacue, le cautérise ensuite, et le panse comme un chancre ordinaire ; dans le cas contraire, d'abord couvert, pour les premières vingt-quatre heures, d'un cataplasme émollient, je fais appliquer dessus, le lendemain, un vésicatoire et remplir le foyer de poudre de cantharides. Les jours suivans, les pansemens sont repris au vin, et on ne revient au vésicatoire et à la poudre de cantharides que tout autant que le recollement ne s'effectue pas et que les bourgeons charnus tardent à se développer. Un fait à noter ici, et qui n'est pas sans intérêt, c'est que, sur un nombre de plus de quatre cents malades soumis à ce traitement, je n'ai observé que trois fois quelques accidens légers vers la vessie, *et qu'une seule fois l'inoculation de quelques points isolés de la surface d'un vésicatoire.*

Mais, lorsqu'on a affaire à une ulcération qui continue à s'étendre, dans les dispositions dont il a été question, l'emploi de l'instrument tranchant est on ne peut pas plus nuisible; loin de limiter le mal, il l'aggrave et l'augmente, à moins de le faire suivre de la cautérisation de la plaie saignante qu'on vient de produire; aussi vaut-il mieux, dans ces cas, avoir seulement recours au caustique, et toujours, en première ligne, à la pâte de Vienne. Non-seulement avec ce caustique on peut limiter nettement aussi les parties qu'on veut enlever, mais on court la chance dè détruire encore complétement la surface virulente, ou tout au moins d'affranchir d'une inoculation trop rapide les nouveaux bords de l'ulcération, par l'interposition d'une escarre et par une sorte de réaction vitale dont l'absence, dans quelques cas, est une des principales causes des progrès de l'ulcération.

Cependant, d'après ce que j'ai dit autre part, faut-il ici, sans retour et dans tous les cas, renoncer aux mercuriaux et aux différens moyens conseillés comme antisyphilitiques? S'il est absolument vrai de dire que, dans la grande majorité de ces cas, le mercure, les sudorifiques, etc., sont beaucoup plus nuisibles qu'utiles, il est cependant des circonstances où seuls ils ont produit de bons résultats: c'est un fait que prouve bien souvent encore la pratique de ceux-là même qui ont voué le plus de haine aux mercuriaux! Mais est-il possible, dans l'état actuel de la science, d'indiquer d'une manière précise les circonstances dans lesquelles le mercure, par exemple, est très-utile ou même indispensable? Pour moi, je n'en reconnais aucune, et ce n'est qu'à un empirisme raisonné que je m'abandonne alors. Ainsi, si la maladie marche quand même, et en dépit des moyens indiqués plus haut, en désespoir de cause, j'ai recours au traitement si longtemps et si souvent regardé comme spécifique, d'abord en pansemens, en applications locales, puis comme agent général, à l'intérieur ou par la peau, selon les circonstances, que nous examinerons plus tard; et alors, d'après les effets obtenus, les pansemens seuls, le traitement général seul, ou les deux moyens à la fois, sont continués s'il a y amélioration, ou suspendus si, sous leur influence, le mal s'empire. Dans les cas où on croirait, selon les anciens erremens, devoir débuter par les mercuriaux, ce que je ne conseille pas, il faut au moins bien se garder d'un entêtement aveugle, et suspendre aussitôt qu'on verrait des résultats fâcheux.

Quant aux autres agens dits antisyphilitiques, ils pourraient trouver leur emploi dans la nécessité des toniques généraux, des stimulans particuliers du tube digestif, de la peau, des voies urinaires etc.; comme aussi, bien souvent, les adoucissans, les antiphlogistiques locaux et généraux, seront parfaitement indiqués et seuls efficaces, dans les mains qui, libres de préjugés, auront su convenablement les employer.

PH. RICORD.

N° 22. — 30 Nov.

Etudes et recherches thérapeutiques sur la goutte.

(QUATRIÈME ET DERNIER ARTICLE).

Jusqu'à présent il a été question de la goutte régulière et de ses formes diverses; mais cette maladie, véritable Protée, comme on l'a dit tant de fois, peut établir son siége dans les organes intérieurs de l'économie, en troubler les fonctions, en altérer profondément les tissus. Ce qu'on nomme la *goutte anomale* ou *viscérale* est souvent une des plus cruelles, une des plus dangereuses affections qui puissent affliger l'humanité. Murgrave, qui a écrit un bon traité sur cette espèce de goutte, il y a précisément un siècle (1), pose en principe « que la goutte régulière est celle dont on est malade, et la goutte anomale celle dont on meurt. » Principe qu'il faut reconnaître et admettre, car l'expérience journalière en démontre la vérité.

Mon intention n'étant que de m'occuper de thérapeutique, je renvoie aux ouvrages spéciaux qui traitent de la goutte pour l'histoire de cette maladie dans son caractère anomal, étude importante s'il en fut jamais. Je me contenterai ici de deux remarques que je crois utiles: la première, c'est que la goutte irrégulière ou viscérale prouve que cette affection n'attaque pas spécialement le système fibreux, comme on l'a dit et répété; loin de là, il n'y a pas un système, pas un organe, pas une fibre de l'économie qui ne puisse en être atteint. C'est pour cette raison que j'ai toujours préféré, dans ces recherches, au mot *arthrite* celui de *goutte*, mot bizarre, si l'on veut, mais que tout le monde comprend. L'expression d'arthrite est, en effet, insignifiante dans les cas très-fréquens de goutte anomale. Qu'est-ce qu'une arthrite à la tête, une arthrite au péricarde, à l'estomac, aux intestins? etc.

La seconde remarque est que la goutte anomale se classe en deux divisions très-importantes à connaître. Dans la première, cette affection a souvent son point de départ dans une articulation, d'où elle s'élance ensuite sur les organes intérieurs. Voilà, à proprement parler, la goutte *articulaire*, devenue goutte *viscérale* ou goutte *remontée*. Dans la seconde, la maladie est tout à fait irrégulière, mobile, fugace, aussi insaisissable dans son caractère que difficile à fixer et à guérir, c'est ce qu'on nomme goutte *larvée*. Il ne faut pas croire que ces divisions soient de simples entités scolastiques, elles servent au contraire de guide au praticien.

La goutte viscérale rétrocédée présente au moins cet avantage, c'est que la nature du mal est en général facile à reconnaître, on sait à quoi s'en tenir. Mais, ceci accordé, la maladie n'en est pas moins suivie des plus graves accidens, quelquefois même d'une mort instantanée.

Quoique tous les organes internes puissent être atteints par la goutte, le plus exposé pourtant à cette ma-

---

(1) *De arthriticâ anomalâ sive internâ*, In-4°, 1736.

ladie est sans contredit l'estomac. Ce viscère est, pour ainsi dire, le milieu où elle naît, et le centre où elle aboutit sans cesse. Sur vingt cas de goutte remontée, j'en ai compté seize qui avaient lieu sur l'estomac, les autres sur la tête, les poumons, le cœur, etc. Il ne faut pas croire, néanmoins, que la goutte établisse toujours et régulièrement son siége sur une articulation, puisqu'elle se propage de là sur un viscère quelconque. Quelquefois les choses se passent ainsi, mais aussi très-souvent la goutte glisse, pour ainsi dire, sur une articulation, et finit par concentrer sa funeste activité sur un organe intérieur. C'est au point qu'on a souvent besoin de se rappeler que le malade était goutteux, que récemment il a senti les atteintes de cette maladie pour saisir l'origine des accidens qui se développent. Ces accidens, je l'ai déjà dit, sont ordinairement rapides et graves, parce que l'organe lésé est toujours essentiel à la vie. On voit également la goutte rétrocédée se maintenir à la tête dans les parties extérieures avec une inconcevable ténacité et les plus vives douleurs. Il y a aussi des apoplexies par métastase goutteuse, qui, si elles ne tuent pas promptement le malade, impriment une profonde hébétation au système sensitif, pour peu qu'elles se prolongent. Quant la métastase est forte et rapide sur le cœur, la péricarde ou les poumons, le malade ne tarde pas à succomber; mais si la maladie prend un caractère chronique, presque toujours il se fait un épanchement séreux ordinairement mortel. C'est à la suite d'un hydrothorax produit par la goutte que périt le grand Frédéric, au rapport de Selle et de Zimmermann, ses médecins. Mais, ainsi qu'il a été précédemment remarqué, c'est sur l'estomac, les intestins, la vessie, que la goutte se porte de préférence. Toutefois, lorsque dans ce cas la métastase est funeste, que la goutte a *étouffé* le malade, comme on dit vulgairement, je suis convaincu, par mes recherches, que le diaphragme était le point convergent de la fluxion goutteuse. En effet, l'extrême difficulté de respirer, l'asphyxie et la mort, ces trois périodes dont la succession est aussi rapide que funeste, indiquent clairement le siége précis de la maladie.

Quoi qu'il en soit, le diagnostic est encore facile; mais il n'en est pas de même de la goutte anomale *larvée*. C'est ici où il faut une rare perspicacité, une grande expérience et la connaissance parfaite de la constitution du malade et des commémoratifs pour bien saisir le principe déterminant des accidens. Mais l'obscurité redouble encore, s'il n'y a eu aucun précédent qui puisse mettre sur la voie, comme il y en a des exemples. A ce sujet on a souvent cité, et avec raison, l'observation que Morgagni fit sur lui même. Atteint d'une ophthalmie assez opiniâtre, il n'en guérit que par une *première* attaque de goutte. *Oculorum inflammationem statim minuit, ac diebus insequentibus sustulit.* (*De sed. et caus. morb.*, *epist.* 57 *art.* 10.) J'ai vu, à peu de choses près, le même cas pour une amaurose. Le malade finit pourtant par se rappeler qu'il avait eut jadis quelques douleurs vagues dans les articulations du pied droit; mais cette fois la goutte s'y prononça fortement et la maladie des yeux disparut en peu de temps. Baillie cite l'histoire d'un gentilhomme anglais qui, depuis six mois, était en proie à de violentes palpitations de cœur, qu'aucun moyen n'avait pu soulager; elles disparurent entièrement par la manifestations subite d'un accès de goutte. Le prince Berthier, dans la désastreuse campagne de Russie, éprouva tout à coup de très-vives douleurs à l'épigastre, accommpagnées d'ictère de fièvre et d'une insupportable angoisse que rien ne pouvait calmer. Enfin, d'après quelques antécédens, on appliqua des révulsifs aux extrémites, une attaque de goutte eut lieu et les accidens se dissipèrent. Ces exemples seraient infinis. Toujours est-il que la goutte anomale, rétrocédée ou larvée, est une maladie des plus singulières, des plus difficiles à saisir, et partant des plus dangereuses. Dans son extrême mobilité, elle parcourt, pour ainsi dire toute l'économie; tantôt elle se porte sur un organe, tantôt sur un autre; aujourd'hui, c'est une pesanteur, un malaise insolite, l'existence est pénible; le lendemain, une douleur aiguë se fait sentir sur un point quelconque du corps, de la tête, ou des extrémités; tout à l'heure, le malade était vif, alègre, content, plein d'espérance; dans un instant, il est menacé de perdre la vie, et son état exige les plus prompts secours. La scène varie sans cesse, parce que le siége du mal varie lui-même, sans que la cause ait changé de nature. Il arrive encore que cette cause après avoir erré plus ou moins longtemps, se fixe opiniâtrement sur un organe qu'elle altère et détruit avec plus ou moins de rapidité, d'après l'intensité de son action, d'après l'âge les forces du malade et le régime qu'il a observé (1).

Mais supposons que, soit par un refroidissement subit, soit par une émotion vive, enfin soit par une cause inconnue, la métastase goutteuse ait lieu, suppons encore qu'on ait reconnu sa nature et par conséquent l'origine des accidens qui se manifestent, on demande ce qu'il faut faire. Avouons-le franchement, la thérapeutique est ici singulièrement bornée. La goutte ne se manifeste à nous que sous la forme inflammatoire plus ou moins intense et développée; qu'en résulte-t-il? Que le contigent, le phénoménal, nous est connu, mais non l'absolu, pour me servir du langage philosophique qui rend parfaitement ma pensée. Aussi, sommes-nous obligés, dans la grande majorité des cas, de combattre la goutte anomale ou viscérale, quelle qu'en soit la forme et le siége, comme une simple inflammation : nous attaquons les effets. Ce traitement a plus ou moins de succès dans certains cas; mais, quand le sujet est faible, épuisé par l'âge, la souffrance, l'opiniâtreté de la maladie devenue atonique, lorsque la nature, selon la

(1) *Nam pedem, genu, acetabulum, talos, coxendices, femora, manus, scapulas, brachia, rostra, carpos, adedit, depascitur, urit, tenet, inflammat, coquit.* (Lucian., *Trigopodagra.*) Si d'aussi cruels effets ont lieu sur les parties extérieures, qu'on juge de ces effets quand la goutte attaque un organe intérieur, éminemment sensible, irritable, et dont les fonctions tiennent aux racines mêmes de la vie?

judicieuse remarque de Sydenham, manque *de puissance réactive* pour porter aux extrémités le principe goutteux, est-il quelque moyen thérapeutique assez énergique pour attaquer directement le mal? je ne le pense pas. Nos devanciers, qui avaient d'autres idées théoriques que les nôtres, n'hésitaient pas à employer une foule de remèdes contre la goutte anomale, et leurs livres sont remplis de magnifiques formules à ce sujet. Malheureusement l'impuissance de ces médicamens n'est que trop démontrée par le profond oubli où ils sont maintenant : l'expérience et le temps ont fait leur œuvre. Aujourd'hui, on ne peut s'attacher qu'aux trois indications suivantes : combattre l'inflammation, selon son degré, détruire les spasmes, et rappeler le plus promptement possible, la goutte aux extrémités.

Si le malade est jeune et fort, si le pouls bat avec violence, si tout indique qu'il y a excès et précipitation vicieuse de l'action vitale, on doit recourir à la méthode antiphlogistique; mais que ce soit avec cette prudente hardiesse, ce tact exquis du praticien qui sait agir et s'arrêter selon l'état présent et à venir de la maladie. Il faut se rappeler que de la saignée faite ou refusée à propos dépend le salut du malade et la réputation de son médecin. Il y a, à cet égard, un préjugé tellement enraciné dans le public, qu'il n'est pas donné à tout médecin de le braver impunément. D'ailleurs, le siége du mal et la violence des symptômes serviront de guide.

Lorsque le malade est plus nerveux que sanguin, il faut recourir aux antispasmodiques, parmi lesquels je mets au premier rang le musc et l'assa-fœtida, dont on augmente rapidement les doses. J'ai vu plusieurs fois obtenir un plein succès avec l'ammoniaque liquide ou l'acétate d'ammoniaque, donnés à la dose de dix à vingt gouttes dans une infusion chaude de tilleul, pourvu qu'il n'y ait ni fièvre, ni irritation vive. Dans le cas de métastase goutteuse sur l'estomac, les médecins anglais prescrivent jusqu'à cinquante, quatre-vingt ou cent gouttes de laudanum. J'avoue n'avoir jamais osé donner l'opium à d'aussi fortes doses : peut-être à tort, car il y a des exemples bien constatés que cette médication a réussi, surtout quand le malade tombe à ce point de prostration physique et morale qui impose le devoir de tout essayer pour le sauver.

Les révulsifs aux extrémités et sur différens points de la surface du corps, sont des moyens très-recommandés et ordinairement les plus employés. Un des principaux est le pédiluve si connu de Gondran. On sait que ce médicastre fit une fortune considérable avec ce moyen assez ordinaire, mais qui acquit une immense vogue, pour avoir soulagé d'une goutte anomale le duc d'Orbans, père de celui qui prit tant de part au grand mouvement politique de 89. Ces bains ne manquent pas d'une certaine activité ; on peut aussi employer les pédiluves muriatico-nitriques suivans, recommandés par le docteur Ith.

Pr. : Eau chaude. q. s. pour un pédiluve.
Acide hydrochlorique. }
— nitrique. } aa une cuillerée à bouche.

Mêlez.

Barthez recommande les bains de pied avec un demi-gros de sublimé corrosif dissous dans une quantité d'eau chaude ordinaire. Ce moyen est très-actif, mais il peut produire quelques accidens chez certains personnages irritables. Les bains de pieds et les manuluves, ainsi que les cataplasmes synapisés appliqués aux extrémités, opèrent aussi une révulsion fort active. Il convient pourtant de remarquer que ce moyen, par trop bannal, demande dans son emploi plus d'attention qu'on n'en apporte ordinairement. Si la dose du stimulant est trop faible, trop ménagée, il n'y a point d'effet produit; au contraire, cette dose est-elle trop forte et surtout disproportionnée à l'état d'irritabilité du malade, il se produit une excitation générale du système nerveux directement contraire au résultat qu'on veut obtenir : en tout, il faut du tact et de la mesure.

J'ai vu plusieurs fois le cataplasme de Pradier employé comme *topique attractif*, déplacer lentement la goutte qui s'était portée à la tête et à l'estomac avec une grande violence. Les vésicatoires, promenés sur les membres inférieurs, quelquefois appliqués sur la poitrine ou l'épigastre, ont des résultats heureux, pourvu qu'ils soient larges et que la réaction générale ne soit pas trop forte. Les ventouses sèches et scarifiées, aux extrémités, autour des articulations, notamment dans les endroits où la goutte s'est manifestée, produisent de bons effets. La vaste ventouse, employée d'après le procédé de M. Junod, pourra être ici d'un grand secours, quand elle sera mieux connue et d'une application plus facile. Le moxa, tant recommandé avec raison par quelques auteurs, est assurément un puissant révulsif, mais il inspire tant de frayeur à certains malades, la douleur qu'il occasionne est parfois si vive, si aiguë, le retentissement qu'elle a souvent dans l'économie en général est si prononcé, si fâcheux, qu'il faut apporter dans l'emploi de ce moyen une excessive réserve. Pourtant j'y ai eu recours plusieurs fois dans ces cas extrêmes où il faut agir promptement, fortement, et le succès ne s'est pas fait attendre.

Au reste, il arrive quelquefois que des moyens assez doux réussissent complétement, pourvu que leur usage soit méthodique. Ainsi des frictions répétées avec le liniment ammoniacal ordinaire, sur les extrémités produisent de bons effets, et y rappellent la goutte d'une manière assez prompte. J'ai vu également plusieurs patiens s'applaudir de l'emploi du liniment suivant dont l'activité est assez remarquable.

Pr. : Huile de camomille. ℥ ij.
Alcool ammoniacal. ℥ j.
Laudanum de Sydenham. ℥ β.
Huile volatile de menthe poivrée. ℥ j.
Faites selon l'art.

On peut encore envelopper les articulations précédemment affectées par la goutte, d'un emplâtre de poix de Bourgogne stibié; frotter ces mêmes articulations avec l'huile de croton tiglium, et recouvrir ensuite la partie d'un large morceau de sparadrap, qu'on laisse

appliqué pendant huit ou dix jours. Quelquefois on dirige avec succès, sur ces mêmes articulations, de fortes douches de vapeur assez chaude pour activer et rubéfier la peau. Ce dernier moyen est assez énergique ; on doit le préférer de beaucoup au bain chaud, dans lequel le malade est toujours mal à l'aise, et qu'on ne peut même employer dans certains cas.

Ce n'est pas sans dessein que je multiplie ici les moyens de révulsion capables de faire cesser la métastase goutteuse. Ces moyens, en effet, doivent être variés, et la pratique démontre que si l'un ne remplit pas l'indication qui se présente, on arrive par un autre qui a une efficacité plus décidée. A ce précepte de varier les moyens révulsifs dans la goutte viscérale, j'ajouterai celui de persister dans leur emploi. Quelquefois, au moment qu'on s'y attend le moins, une douleur sourde, puis aiguë, se fait sentir dans une articulation, et les accidens se dissipent assez rapidement. Il faut, surtout dans certaines gouttes essentiellement mobiles et erratiques, revenir et insister sur les révulsifs qui ont eu le plus de succès, même quand il n'y a pas de métastase dangereuse imminente. *Encourager la goutte aux pieds*, est un dicton admis chez les goutteux, et qui n'est point à mépriser. C'est donc à l'art à seconder sur ce point les tutélaires efforts de la nature, car celle-ci tend constamment à repousser au dehors le principe de la maladie ; mais ces efforts ne sont que trop souvent impuissans, irréguliers et dangereux.

Quant aux remèdes intérieurs à administrer dans la goutte anomale rétrocédée, ils ne peuvent être que généraux et administrés selon les symptômes les plus menaçans ; le médecin est ici livré à sa propre sagacité. Les médicamens anti-goutteux proprement dits, sont aujourd'hui à peu près abandonnés ; un *criticisme* médical, élevé, conséquent et consciencieux a démontré, en effet, que ces moyens n'ont aucune efficacité. Aux empiriques seuls appartient le droit de moissonner dans ce champ de mensonges et de déceptions. Il est seulement un point important à ne pas perdre de vue dans le traitement de la goutte anomale, c'est que les accidens variant d'après l'organe atteint, il faut agir en conséquenc. Ainsi, dans la goutte rétrocédée qui se porte à la tête, s'il y a menace d'apoplexie, on doit se hâter de saigner le malade et opérer une forte révulsion aux extrémités. Si la métastase goutteuse a lieu sur les poumons, il est également urgent de saigner le malade dans l'exacte proportion de ses forces, d'appliquer ensuite de larges vésicatoires, des ventouses scarifiées, multipliées à la base de la poitrine, en même temps qu'on relâche le ventre et qu'on agit sur les extrémités. S'il y a des coliques violentes, des vomissemens, il faut recourir aux émolliens, aux adoucissans, puis aux légers narcotiques, tant intérieurement qu'extérieurement. L'essentiel est de persévérer dans l'emploi des moyens qui semblent le plus efficaces, et de les seconder par un régime convenable et méthodique. Sans attacher trop d'importance aux remèdes généraux contre la maladie dont il s'agit, quelle que soit sa forme et son degré, il ne faut pas non plus trop les négliger. *La flanelle et la patience*, tant recommandées dans ce cas, ont bien leur mérite ; mais, outre que ce serait manquer de jugement de s'en tenir là, il est, comme on l'a observé, des goutteux auxquels la patience coûte plus que l'application du fer et du feu.

RÉVEILLÉ-PARISE.

De l'emploi des bains et douches de vapeurs dans le traitement du tétanos

Les anciens regardaient le tétanos comme infailliblement mortel (1) ; Hippocrate a dit : *Convulsio, si superveniat vulneri, lethalis.* Aujourd'hui il n'en est pas toujours ainsi ; faut-il l'attribuer, avec Samuel Cooper, aux perfectionnemens survenus dans la pratique médicale ? On peut du moins conclure avec lui que cette remarque doit nous engager à ne point le considérer comme incurable, et à chercher sans cesse une méthode de traitement plus heureuse que celles qu'on a employées jusqu'à ce jour. Elles ont été longtemps l'œuvre de l'empirisme : il manquait un critérium pour servir de guide au milieu des dissidences des auteurs. A présent, grâce à l'anatomie pathologique, il est permis de mieux formuler la thérapeutique de cette grave maladie. Les détails pratiques que j'ai à signaler ont trait à une médication qu'on pourrait appeler rationnelle, puisque la théorie s'y trouve en harmonie avec l'expérience.

Un jardinier, âgé de 18 ans, d'un tempérament sanguin, et d'une assez forte constitution, se comprima violemment la dernière phalange du pouce gauche, au point de l'écraser en partie. La plaie contuse qui en résulta était presque complétement cicatrisée, lorsque, douze jours après, il se mouilla et n'eut pas la précaution de quitter ses habits, qui séchèrent sur lui. Jusque-là, il avait toujours joui d'une bonne santé. Le lendemain, 14 août, il ressentit le long du bras et dans l'épaule une douleur assez forte, qui n'augmentait pas par la pression, et qui s'éloigna pour se fixer au milieu de l'épine dans la région lombaire ; toute la colonne tomba dans un état de raideur extrême qui ne cessait pas d'être douloureuse dans le décubitus dorsal comme dans la station debout ; la flexion en avant n'était plus possible ; les mouvemens des jambes devinrent gênés.

Le 15, les masseters se prirent ; les mâchoires se serrèrent, et il ne fut plus possible d'ouvrir la bouche. Le spasme gagna aussi les muscles du cou et de l'abdomen.

Le 16, il entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon : il a toute sa connaissance, n'accuse pas de céphalalgie, mais ne dort pas. Les dents sont fortement serrées, mais les lèvres restent mobiles. Il a de l'appétit, beaucoup de soif ; et,

(1) Dans l'état actuel de nos connaissances, quel est le praticien assez crédule pour croire que jusqu'ici ont ait trouvé un remède certain contre le tétanos. SAMUEL COOPER.

ne pouvant ouvrir la bouche, il boit en aspirant les liquides à travers les dents. Quand on le regarde fixement, il prend de suite des convulsions dans les lèvres, et fait mille grimaces. Le cou est raide, mais sans causer de douleur. La colonne vertébrale est un peu renversée en arrière; la flexion en avant est tout à fait impossible, et les tentatives qu'il en fait lui occasionnent beaucoup de douleur; les jambes sont très-faibles, se meuvent difficilement et ne se plient qu'à grande peine : on l'avait apporté à l'hôpital. Les membres supérieurs sont libres. Le moindre mouvement le fait tomber en nage. Le ventre est très-dur, mais peu douloureux; les muscles en sont fortement tendus, et ressemblent à des plaques métalliques. Il y a constipation; les urines sont rares, quoique le malade boive beaucoup. Les reins et les aînes sont les régions où il souffre le plus. La respiration est un peu gênée, et les efforts surtout d'inspiration provoquent une douleur qui se fait sentir le long du dos. (Tisane de racine de pivoine; potion calmante; quarante sangsues aux lombes.)

Le 18, l'amendement n'ayant été que momentané, nouvelle application de quarante sangsues le long de l'épine, ambrocations avec l'huile de morphine. On le porte deux fois par jour aux bains de vapeur.

Le 20, le malade se dit ramolli et beaucoup soulagé par les bains de vapeur. Il y a constipation opiniâtre; lavement purgatif, qu'on répéta le 23, et encor le 26; ils n'amenèrent chacun qu'une selle, sans rétablir la liberté du ventre, qui resta resserré pendant trois semaines.

Le 21, l'amendement est plus sensible; le sommeil commence à revenir. A prendre en six prises, de deux heures en deux heures, un grain et demi de sulfate de morphine, dont on porte la dose à deux grains le 22, et à trois grains le 23.

Le 25, le malade nous apprend qu'il ne peut supporter que dix minutes les bains de vapeur encaissés, qui lui donnent mal au cœur, et l'obligent ainsi à sortir trop tôt. On les remplace par des bains de vapeur de succin à l'orientale; couché en supination sur un siége de jonc à jour, il prend ces bains avec plaisir, et peut supporter pendant demi-heure des douches qu'on promène le long de la colonne vertébrale.

Le 26, par l'effet de cette médication topique, les reins commencent à devenir plus souples, la bouche à s'ouvrir, et la tension des muscles abdominaux à disparaître. Les mouvemens de la tête redeviennent peu à peu libres, et le facies naturel. Jusque-là on le portait dans une chaise fermée; il ne pouvait ni se lever, ni se dresser sur son lit; deux jours plus tard, il se promena dans la salle. Il restait encore un point douloureux dans le rachis; on appliqua trente sangsues; et depuis lors, le soir, il prit au lieu de douches un bain d'eau tiède.

Le 28, douches de vapeur camphrées, données à l'orientale.

Le 30, il est en pleine convalescence. On supprime le sulfate de morphine. Tisane de fleurs de tilleul et de feuilles d'oranger; bouillon de veau. On lui donne la soupe.

Le 2 septembre, on lui accorde le quart de portion, et le 5, la demi-portion. Le sommeil est bon; l'appétit s'est toujours conservé, le trismus seul empêchait de le satisfaire; la digestion s'opère bien; il ne reste plus que de la constipation, et une grande facilité de transpiration plus sensible encore pendant le sommeil, et marquée surtout à la tête et à la poitrine. Les forces et les mouvemens reviennent : il descend et remonte seul l'escalier de la salle qui est à la hauteur d'un quatrième étage.

Le 13, la bouche s'ouvre largement; la mastication s'exerce bien, mais développe dans les masseters une grande chaleur qui s'accompagne bientôt de douleur. Il est certains mots que le malade a de la peine à prononcer. Il n'a pas de douleur dans le rachis, mais il éprouve facilement de la fatigue, et ne peut encore aisément se fléchir en avant; la région lombaire surtout reste raide. Toutes les fonctions d'ailleurs s'exécutent bien; le pouce est guéri. Il demande instamment à sortir.

L'analyse de ce fait démontre l'efficacité de l'application des sangsues sur le rachis, conjointement avec l'emploi des bains et douches de vapeurs. Les observations de Thomas Brayne (*Revue méd.*, sept 1820), de M. Réveillé-Parise (*Archiv. de Méd.*, 1828. XVI, 108) de M. Lepelletier (*ib.*, 1828. XVI, 278; 1833, II, 421), de M. Lisfranc (*ib.*, XX, 130); et surtout les recherches de M. Ollivier (*Traité de la moelle*, 2e édit.), tendent à prouver qu'en général le tétanos consiste dans une altération de la moelle ou de ses membranes; M. Combette à même trouvé la lésion bornée au cordon antérieur qui était ramolli. (*Arch.*, XXVI, 256). Ainsi, rien de plus rationnel que les saignées capillaires le long de l'épine; il est d'observation que ces évacuations sanguines abondantes produisent une détente locale très-avantageuse. On sait les succès que ce moyen a valus à M. Lisfranc.

On a pu remarquer, dans le fait que j'ai décrit, l'amendement rapide que les bains de vapeur ont amené; ce moyen paraît jouir de beaucoup d'efficacité; et peut-être qu'en attaquant de suite le tétanos par cette médication combinée, on réussirait à diminuer ou à prévenir sa gravité, et à le faire passer de la forme aiguë à la forme chronique. L'art alors aurait le temps de réunir ses moyens, et le malade pourrait être considéré comme sauvé. Il sera donc important de s'attacher à la remarque de M. Richerand, qui a observé que, dans l'imminence des convulsions tétaniques, il se manifeste, bien avant le trismus, une extension constante des membres.

S. Cooper ne fait pas mention des bains et douches de vapeur; M. Bégin n'en parle pas non plus dans l'article du *Dictionnaire pratique* qui vient de paraître. J'ai cru utile de faire connaître ce mode de traitement. Je ne prétends pas le donner comme un spécifique; mais c'est au moins un moyen auxiliaire qui mérite d'autant mieux d'être expérimenté qu'il est rationnel. J'ajouterai que M. Rougier, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon, a obtenu un succès pareil par cette méthode, et que M. Émery a récemment communiqué un cas de guérison analogue. Enfin, j'ai découvert qu'en 1834

M. Guyon-Vernier a relaté dans sa thèse l'histoire d'un tétanos idiopathique, survenu chez un berger de 13 ans, et guéri en douze jours par les bains de vapeur et l'opium. Ici la convalescence a été obtenue dans le même espace de temps; et je remarquerai que l'amélioration était déjà très-prononcée quand on commença à prescrire le sulfate de morphine, dont on continua l'usage pendant huit jours. Comme les préparations narcotiques ont produit beaucoup de cures, il est probable que le sel de morphine fut ici un accessoire utile. Il peut être avantageux d'administrer les opiacés non-seulement en potion, mais aussi en lavemens, ou par la méthode endermique, comme cela a réussi à Gaspard Cerioli, de Crémone. (*Arch.*, 1829, XX, 438.) Ce qui milite fortement en faveur des préparations d'opium, c'est qu'elles figurent dans presque toutes les méthodes qu'on a proposées contre le tétanos.

Je ne puis passer sous silence un point fort débattu de la thérapeutique, sur lequel on a professé des opinions contradictoires : les uns ont prétendu que le tétanos dit traumatique tient toujours uniquement à la blessure, et ils sont partis de là pour tailler, irriter, brûler la plaie, et même retrancher des membres. M. Larrey surtout a conseillé l'amputation. Les autres ont soutenu que la solution de continuité est simplement une circonstance aggravante, qui ne prédispose au spasme tétanique, que parce qu'elle rend plus impressionnable, et ils n'ont pas jugé nécessaire de s'en occuper, la regardant comme à peu près insignifiante en elle-même. Ce sont là deux erreurs d'autant plus pernicieuses qu'elles touchent à deux point capitaux, l'étiologie et la thérapeutique. Or, que la blessure ne soit pas étrangère à la fâcheuse complication qui nous occupe, c'est ce que démontrent jusqu'à l'évidence les changemens dans son état qui précèdent ou accompagnent les nouveaux accidens. Il est clair que dans la majorité des cas (on ne saurait dire toujours, car il y a des tétanos spontanés), c'est une irritation dans la plaie qui en a été le point d'origine; dans un cas de tétanos survenu chez une femme de 67 ans, à la suite d'un panaris du pouce droit, Schnette guérit par l'amputation du doigt. (*Arch. de médec.*, 1829, XX, 103.) Le docteur Murray a rapporté qu'une piqûre du pied ayant donné lieu à un tétanos, la section du nerf tibial postérieur amena la guérison. (*ib.*, 1833, II, 415). Mais il ne faudrait pas non plus donner dans l'excès contraire, et tout borner à la plaie. Si elle change de couleur et cesse de suppurer, ce n'est pas une raison pour y prodiguer les topiques irritans, et négliger le reste; le travail de la pyogénie se suspend par un excès comme par un défaut d'inflammation; il importe de ne pas confondre le trop avec le trop peu et la cause avec l'effet : tout est dans cette distinction. Tandis d'ailleurs que la cause est locale, le mal peut ne l'être pas; il s'est propagé et fixé ailleurs, et alors tout ce que vous accumulerez d'irritations dans la blessure deviendra inutile ou nuisible. Le plus rationnel est de combattre à la fois l'inflammation locale qui a été la source des irradiations nerveuses, et la lésion consécutive dans son siége présumé. Pour la première indication, je connais deux faits très-probans dans lesquels une application abondante de sangsues autour de la plaie a produit les plus heureux résultats. Cette doctrine trouve une confirmation frappante dans l'observation de M. Treille, qui vit, en Espagne, le tétanos cesser ses ravages, comme par enchantement, dès qu'il eut remplacé le pansement à l'eau-de-vie camphrée par des pansemens à l'eau pure.

PETREQUIN, D.-M. P.

Recherches cliniques touchant l'influence de certains médicamens sur les fonctions du cœur; par M. LOMBARD, de Genève.

La digitale est le seul médicament dont on ait cherché à bien apprécier l'influence dans la maladie de l'organe central de la circulation. M. Lombard, de Genève, s'est livré à de nouvelles recherches sur l'action thérapeutique de cette substance et de quelques autres, telles que l'assa-fœtida, le camphre et le polygala senega. Nous allons faire connaître le résultat de ces recherches, en suivant l'ordre dans lequel l'auteur les a exposées.

1° *Assa fœtida*. Cette gomme résine est douée de propriétés remarquables pour combattre l'irrégularité des fonctions du cœur; employée à l'extérieur, sous forme d'emplâtre, elle réussit à calmer les palpitations qui avaient résisté à une grande variété de médicamens. J'ai fait usage, dit-il, de cette préparation dans un grand nombre de cas, et il est rare que les malades n'en aient pas obtenu quelque soulagement. Les irrégularités des contractions ventriculaires chez des personnes atteintes de maladies du cœur sont avantageusement modifiées par un emplâtre d'assa-fœtida, qui réussit aussi fort bien dans les palpitations purement nerveuses. La formule que je crois la meilleure est la suivante :

Pr. :	Assa-fœtida.	℥ ij.
	Gomme ammoniaque.	℈ .
	Térébenthine.	vj gouttes.
	Cire jaune.	q. s.

Pour faire une masse emplastique.

Employée à l'intérieur, l'assa-fœtida jouit aussi de quelque influence sur les mouvemens du cœur, qu'elle ralentit et régularise; à des doses peu considérables, elle réussit à faire cesser les palpitations, et procure un calme remarquable, même chez les personnes les plus impressionnables; en sorte qu'on doit considérer l'assa-fœtida comme une ressource précieuse dans presque toutes les maladies du cœur.

2° *Camphre*. Administré à l'intérieur à des doses variables, depuis trois jusqu'à douze grains dans les vingt-quatre heures, le camphre m'a paru agir d'une manière toute spéciale sur l'organe central de la circulation. Chez les personnes atteintes d'hypertrophie du

cœur avec dilatation de ses cavités, l'influence nerveuse est souvent insuffisante pour produire des contractions régulières et complètes, et alors le cœur ne bat plus que tumultueusement et devient incapable d'envoyer le sang jusqu'aux extrémités. Cet état de gêne, qui est tantôt passager, tantôt permanent, m'a paru être avantageusement modifié par le camphre; sous l'influence d'un traitement de quelques jours, souvent même de quelques heures, j'ai vu les contractions ventriculaires les plus tumultueuses devenir régulières, complètes et parfaitement isochrones, et par conséquent la gêne de la respiration et de la circulation cesser complètement, après l'administration de quelques grains de camphre. L'action de ce médicament est-elle sédative ou stimulante? C'est ce que je n'oserais décider; mais, ce qui me paraît évident, d'après les recherches que j'ai faites sur le traitement des maladies du cœur, c'est que l'on doit bien se garder d'employer dans tous les cas des médications débilitantes, et que le cœur hypertrophié, mais avec obstacle aux orifices ou avec dilatation de ses cavités, doit être considéré comme un muscle fatigué par les efforts continuels qu'il fait pour maintenir l'équilibre entre l'entrée et la sortie du fluide circulatoire; en sorte qu'il faut lui donner des forces, suppléer à son insuffisance par des médicamens toniques, et régulariser son action par des stimulans anti-spasmodiques; de là l'indication du fer et du quinquina dans le premier cas, du camphre et de l'assa-fœtida dans le second.

3° *Digitale.* Son action sédative sur les fonctions du cœur est loin d'être constante. Elle m'a paru dépendre des circonstances suivantes: 1° de l'état de l'estomac; 2° du genre de vie du malade; 3° des doses employées; 4° du mode d'administration.

Lorsque l'estomac est irrité, la digitale ne peut être absorbée, et alors elle accélère la circulation au lieu de la ralantir. Lorsque l'estomac, sans être dans un état inflammatoire, est très-impressionnable et supporte difficilement toute espèce de médicament, la digitale entraînera souvent les vomissemens; il n'est pas rare si l'on continue l'emploi du remède, qu'on obtienne l'état désiré. Si les vomissemens persistent après la cessation de la digitale, ce n'est pas aux antiphlogistiques qu'il faut recourir pour les combattre, mais aux anti-spasmodiques, tels que le sous-nitrate de bismuth, l'oxide de zinc, l'éther, les potions effervescentes, etc., etc.

Le genre de vie du malade influe beaucoup sur les effets de la digitale; les personnes qui peuvent se distraire et faire beaucoup d'exercice ont très-rarement des nausées et des vomissemens.

Les doses doivent être très-différentes, suivant l'effet que l'on veut obtenir. Si l'on veut produire un effet diurétique, il faut répéter les doses très-souvent dans les vingt-quatre heures; mais si l'on cherche à faire cesser des palpitations ou à rétablir les battemens du cœur, il n'est pas nécessaire d'employer des doses très-considérables; un grain répété trois ou quatre fois par jour, ou bien trois ou quatre cuillerées d'une potion composée d'un gros de digitale sur six onces d'infusion sont ordinairement suffisans pour obtenir le résultat désiré.

Le mode d'administration de la digitale est l'un des points les plus importans de son histoire thérapeutique. L'infusion de digitale est la préparation qui amène le plus promptement les symptômes de saturation. Administrée sous forme de poudre, la digitale produit plus rarement des vomissemens, quoiqu'ils surviennent quelquefois après l'emploi de doses élevées ou fréquemment répétées. Les adjuvans qui réussissent le mieux pour éviter ou calmer les symptômes de saturation sont: la magnésie calcinée, le sous-nitrate de bismuth, le sous-carbonate de fer et l'oxide de zinc. La magnésie calcinée, sous forme de trochisque ou de poudre, a été conseillée par plusieurs auteurs anglais; je l'ai toujours employée unie au sous-nitrate de bismuth, en sorte que je ne puis prononcer sur l'utilité de son emploi isolé. Le sous-carbonate de fer est l'un des meilleurs adjuvans de la digitale, car je puis lui attribuer l'absence d'accidens chez des malades qui ont pris journellement la digitale pendant plusieurs mois. L'oxide de zinc réussit aussi pour faire cesser les symptômes de saturation de la digitale.

4° *Polygala seneca.* C'est un des médicamens les moins connus dans leur action thérapeutique. Si l'on consulte les divers traités de matière médicale, l'on verra des opinions très-diverses sur son mode d'action, d'où est résulté l'abandon presque complet de ce remède, l'un des plus précieux que possède la matière médicale.

Administré sous forme d'extrait ou d'infusion, le polygala m'a paru ralentir la circulation, et surtout régulariser les contractions ventriculaires: chez des personnes atteintes de maladie du cœur avec dilatation de ses cavités, le polygala a fait cesser, à diverses reprises, l'irrégularité des battemens, et a diminué la stase sanguine qui semblait devoir entraîner la mort du malade. Les doses employése ont varié entre douze et vingt-quatre grains de polygala dans le courant de la journée. L'infusion préparée avec un gros sur quatre onces a été aussi administrée dans les vingt-quatre heures (1).

CHIMIE ET PHARMACIE.

Note sur une préparation de noix de galle employée à l'hopital de l'Oursine; par M. Boutigny, pharmacien à Paris.

Si l'on traite par de l'eau de Cologne le décocté aqueux de noix de galle rapproché, à feu nu, jusqu'à la consistance de sirop clair, avec l'attention toutefois de n'ajouter d'eau de Cologne que la quantité nécessaire pour n'obtenir qu'un poids de liqueur égal au

(1) *Gazette médicale.*

poids de noix de galle employé, on aura une *teinture alcoolique, concentrée et aromatique de noix de galle.*

Employée, à l'hôpital de l'Oursine, en petite quantité d'alcool et à titre d'essai, cette teinture ne tarda pas à justifier les assertions de son auteur, qui l'avait préconisée et présentée comme le meilleur remède à opposer aux affections leucorrhéiques. Maintenant son usage y est général; et chaque jour elle est prescrite aux malades de l'intérieur de l'hôpital, ainsi qu'à ceux du dehors qui y viennent consulter. On s'en sert en injection mêlée à sept ou huit parties d'eau.

Non-seulement, dit M. le docteur Gibert, médecin de cet hôpital, c'est un médicament excellent dont je fais faire usage avec un avantage marqué dans la plupart des écoulemens vaginaux et des leucorrhées chroniques, mais c'est surtout dans certaines affections du col utérin que je le trouve précieux : aucun moyen que je sache ne déterge ni ne modifie plus avantageusement les ulcérations qui se développent sur cette partie. Lorsqu'on sait que c'est dans le service de M. Gibert qu'on l'a primitivement essayé, que c'est encore dans son service qu'on en multiplie l'usage, l'opinion de ce médecin sur le mérite de ce médicament nous paraît devoir être d'un grand poids. Quant à nous, nous pouvons assurer que nous avons vu disparaître plusieurs affections de l'appareil générateur par l'emploi méthodique que savait faire de cette préparation cet honorable et savant praticien.

Mais déjà cette teinture a franchi l'enceinte de l'Oursine; déjà elle a été prescrite à plusieurs malades et demandée dans quelques pharmacies; et peut-être, enfin, est-elle destinée à venir augmenter le nombre de nos préparations officinales. Le procédé alors indiqué par l'auteur et que nous avons en commençant brièvement rapporté, ne pourrait être généralement suivi par tous les pharmaciens, car, il donne une teinture sur l'identité laquelle on ne peut compter. Il y a plus, cette teinture n'a pas même toute l'énergie qu'elle devrait avoir et que peut lui donner un mode de préparation plus rationnel, énergie dont cependant la croit probablement douée son auteur. Que se propose-t-il, en effet, lorsqu'il cherche à ne retenir qu'un poids de teinture exactement égal au poids de la noix de galle qu'il emploie, si ce n'est de représenter par une quantité quelconque de teinture une même quantité de noix de galle, ou, en d'autres termes, de faire passer dans une livre de teinture, par exemple, toutes les propriétés médicales renfermées dans une livre de noix de galle? C'est une heureuse idée, sans doute, mais qu'il n'a qu'en partie réalisée : une livre de sa teinture ne possède pas toutes les propriétés d'une livre de noix de galle: c'est un fait dont il est très-facile de se convaincre. Rappelons en outre qu'elle n'est pas toujours semblable à elle-même, et qu'aujourd'hui très-âpre et très-astringente, demain elle le sera beaucoup moins. Quelques améliorations, il est vrai, ont été apportées par M. le docteur Foy, pharmacien en chef de l'Oursine, à la confection de cette tienture; mais néanmoins, quoique plus rationnellement préparée, elle se ressent encore de la modification désavantageuse que lui fait éprouver le vice radical du procédé de l'auteur.

Ce vice radical, c'est l'ébullition. Si, pour extraire les principes actifs des parties dures des végétaux, telles que les tiges, les racines, etc, la décoction est quelquefois plus avantageuse que l'infusion ou la macération, proposition même aujourd'hui fortement contestée, elle doit être rejetée lorsqu'elle s'adresse à la noix de galle.

Lorsque, par de l'alcool à 33 ou 34 degrés, et à l'aide d'un appareil à déplacement, on enlève à la noix de galle pulvérisée tous ses principes solubles dans ce liquide, et qu'ensuite on évapore tout l'alcool au bain-marie, on obtient un extrait dont la couleur et la consistance rappellent la térébenthine commune: le poids en est un peu plus élevé que celui de la moitié de la noix de galle. Délayé dans deux ou trois fois son volume d'eau, il s'y dissout, moins cependant quelques parties qui, tenues en suspension dans la liqueur, la troublent et la rendent laiteuse; mais on obtient le soluté fort limpide par la filtration au papier. On trouve sur celui-ci une matière verte, qui nous représente tous les caractères qu'on assigne à la chlorophyle : il est très-probable que c'est la même substance que M. Lambert, dans son analyse de la noix de galle, a le premier désignée sous le nom de *matière verte.* Le soluté ainsi filtré, mis à évaporer sur un feu modéré jusqu'à concentration sirupeuse, puis ensuite au bain-marie jusqu'à siccité, laisse un *extrait* translucide, de couleur ambrée, d'une saveur âpre, amère et extraordinairement astringente.

Si cette même noix de galle, bien épuisée par l'alcool, est ensuite traitée par l'eau froide, dans le même appareil à déplacement, on obtiendra par l'évaporation de cette eau un *extrait* brun, gommeux et peu sapide.

Enfin, si après cette opération par l'eau froide on met cette noix de galle avec quatre ou cinq fois son poids d'eau dans une vaste capsule de porcelaine et qu'on soutienne l'ébullition pendant une demi-heure, on aura un *décocté* blanchâtre, qui, refroidi, passe avec lenteur à travers un filtre de papier, et qui, filtré, prend tout à coup une couleur bleue très-foncée par l'addition de la teinture d'iode; ce caractère indique, comme on sait, la présence de l'amidon. Nous ne connaissons aucune analyse de noix de galle où la présence de ce corps ait été signalée.

Voilà donc, bien isolés, trois produits d'une nature différente, et qui, pendant une décoction aqueuse de noix de galle, se trouvent nécessairement en présence dans le liquide. Examinons quels phénomènes ils y font naître.

Si l'on fait dissoudre un gros du premier extrait, de l'extrait alcoolique, dans huit onces d'eau distillée, et que dans ce soluté, qui est très-clair, on ajoute huit onces du décocté aqueux filtré, le mélange se trouble et prend un aspect blanchâtre; peu de temps après la liqueur s'est éclaircie, et l'on trouve au fond du vase un principité jaune sale assez abondant; la chaleur fait disparaître ce précipité, qui se dissout dans la liqueur:

mais il reparaît ensuite peu à peu, à mesure qu'elle se refroidit. Filtrée froide, cette liqueur, dont le poids égale une livre, n'a pas une saveur astringente aussi forte que celle d'une livre d'eau distillée qui tient aussi en solution un gros du même extrait alcoolique.

L'addition du décocté dans un soluté filtré du second extrait, de l'extrait aqueux, y produit un peu de trouble et un précipité léger; celle d'un soluté gélatineux y produit le même effet. Nous pensons cependant que si nous avions pu obtenir cet extrait tout à fait privé du principe astringent qui domine dans le premier, ni l'amidon, ni la gélatine ne troubleraient la transparence de son soluté.

Deux solutés parfaitement clairs, composés, l'un de huit onces d'eau distillée et d'un gros de l'extrait alcoolique, l'autre également de huit onces d'eau distillée et d'un gros de l'extrait aqueux, forment par leur mélange un liquide qui, lui-même aussi, est parfaitement clair; mais, par l'addition d'une livre du décocté il devient trouble et laiteux, et le précipité très-abondant.

Un simple décocté d'amidon, contenant une partie de cette substance et cent parties d'eau distillée, produit dans un soluté aqueux de l'extrait alcoolique les mêmes phénomènes que notre décocté. Ainsi cette expérience vient fortifier cette opinion que font naître tout naturellement les expériences précédentes, qu'une combinaison a lieu entre l'amidon et un ou plusieurs principes de la noix de galle. Mais avec quels principes se combine l'amidon? est-ce avec le tannin? est-ce avec l'acide gallique? est-ce avec ces deux corps simultanément? Déjà l'affaiblissement de la propriété astringente qu'éprouve le soluté aqueux de notre extrait alcoolique nous avait fait pressentir que ce pouvait bien être le tannin seul; mais il nous fallait quelque chose de plus positif pour réaliser nos soupçons, il nous faillait une expérience concluante. Celle-ci nous paraît l'être. Nous avons fait dissoudre douze grains de tannin pur dans huit ou dix onces d'eau distillée; nous y avons ensuite délayé deux gros d'amidon, et ce mélange, mis dans une capsule de porcelaine, a été placé sur le feu. Il était alors très-astringent; mais, après quelques instans d'ébullition, il avait perdu cette propriété. Nous continuâmes l'ébullition jusqu'à ce qu'il eût acquis la consistance d'un mucilage épais, en ayant soin de l'agiter continuellement; puis ensuite nous l'étendîmes sur des plaques de verre que nous portâmes à l'étuve. Sec, il s'offrit sous forme de lamelles verdâtres, foliacées et coriaces, assez semblables, pour l'aspect et la texture, à certaines algues membraniformes desséchées. Réduit en poudre fine et soumis à l'action de l'alcool, ce liquide évaporé n'a laissé que quelques atômes d'une matière verdâtre et pulvérulente, laquelle n'était pas du tannin.

Ajoutons que l'acide gallique ne trouble pas le décocté d'amidon, et que le mucilage de gomme arabique, ainsi que celui des semences de lin, de coings et de psyllium n'exercent aucune action sur le tannin, ni sur l'extrait alcoolique de noix de galle.

D'après tous ces résultats, nous croyons pouvoir conclure :

1° Que l'amidon se combine avec le tannin, et que de cette combinaison résulte un corps nouveau, soluble dans l'eau bouillante, peu soluble dans l'eau froide et insoluble dans l'alcool;

2° Que la noix de galle contient de l'amidon;

3° Que l'eau dans laquelle on fait bouillir la noix de galle dissolvant en même temps de l'amidon et du tannin, la combinaison qui s'opère alors entre ces deux corps affaiblit la propriété astringente du liquide;

4° Que la décoction appliquée à la noix de galle est une opération vicieuse.

Maintenant on devine aisément que si nous proposions un procédé pour préparer la teinture alcoolique concentrée et aromatique de l'Oursinç, le traitement direct de la noix de galle par l'alcool en serait la base fondamentale. Cela est vrai; nous regardons ce mode de préparation comme étant le plus simple et le plus rationnel, et comme étant aussi le plus avantageux sous le rapport de la supériorité du produit. On va voir par le procédé que nous allons indiquer, et qui est celui que nous suivons depuis quelque temps, qu'il est peut-être aussi le plus économique.

Nous introduisons huit livres de poudre grossière de noix de galle dans une assez grand appareil à déplacement. Celui dont nous nous servons n'a pas été fait exprès pour cette opération, mais pour la préparation de la cantharidine. C'est tout simplement un cylindre creux en zinc, de trois pieds de hauteur, de quatre pouces de diamètre, infundibuliforme inférieurement, et là muni d'un robinet. Un peu au-dessus intérieurement s'appuie un diaphragme mobile, percé d'une multitude de petits trous; c'est sur lui que doit reposer la poudre renfermée dans le cylindre; enfin un bouchon de liége fin et bien fait ferme assez hermétiquement l'ouverture supérieure de cet appareil. Nous y mettons donc huit livres de poudre grossière de noix de galle; nous la tassons légèrement, nous en recouvrons ensuite la surface d'une lamelle cribleuse en zinc, d'un diamètre égal au diamètre intérieur du cylindre, et nous versons dessus cinq litres d'alcool à 33°. Ce liquide pénètre la masse couche par couche successivement et va gagner la partie inférieure de l'appareil par où il tend à s'échapper; mais alors on ferme le robinet; on ferme aussi avec son bouchon de liége l'ouverture supérieure, et, pendant trois ou quatre jours, nous laissons dans l'appareil la poudre en contact avec l'alcool. Après ce temps, nous ouvrons le robinet, et l'alcool s'écoule. Nous faisons sur la poudre une seconde addition d'alcool qui s'écoule aussi, puis une troisième, puis une quatrième et ainsi de même jusqu'à ce que l'alcool n'enlève plus rien à la poudre qu'il traverse. Alors ce n'est plus de l'alcool que nous ajoutons, c'est cinq ou six litres d'eau, laquelle déplace et chasse au-dessous d'elle l'alcool que retient la poudre : nous fermons le robinet dès que le liquide sort brun et peu alcoolique.

Quinze litres d'alcool suffisent pour épuiser huit livres de poudre de noix de galle; jamais nous n'en employons davantage.

L'écoulement de l'alcool par l'extrémité inférieure



de l'appareil doit toujours être très-lent ; et s'il arrivait que ce liquide voulût passer avec trop de rapidité, il faudrait le réprimer en lui rétrécissant le passage, à l'aide du robinet. Néanmoins, il est une période de l'opération pendant laquelle il est plus avantageux de laisser le robinet largement ouvert, c'est celle du déplacement de l'alcool par l'eau.

L'épuisement par l'alcool étant terminé, nous réunissons tout ce liquide dans le bain-marie d'un alambic, et nous le distillons. Remarquons que la distillation nous permet d'en recueillir de quatorze à quatorze litres un quart, et que par conséquent la totalité de la perte de l'alcool pendant le cours de l'opération ne s'élève pas au-delà d'un litre. Reste dans le bain-marie, après la distillation, un extrait d'un aspect de térébenthine commune, ainsi que déjà nous l'avons dit, dont le poids ordinaire varie entre quatre livres et demie et quatre livres douze onces. Sur cet extrait encore chaud nous versons quatre livres d'alcool, qui le dissout assez rapidement ; et, dès que cette solution est opérée, nous ajoutons :

Essence de bergamotte. / de cédrat. / de citron.	aa.	℥ β.
de lavande. / de thym. / de romarin.	aa.	ʒ j.
Teinture alcoolique de benjoin.		ʒ j.

Nous agitons fortement ce soluté aromatique ; nous le laissons ensuite refroidir en repos, puis nous le filtrons au papier. Cette dernière opération se fait très-lentement à cause d'une assez grande quantité de matière verte qui se dépose sur les parois du filtre et en obstrue les pores. Totalement terminé elle fournit de quatre livres à quatre livres trois onces d'une liqueur brune, limpide, agréablement aromatique, et donnant 19 ou 20° de densité à l'aréomètre de Baumé. Cette liqueur est la *teinture alcoolique concentrée et aromatique de noix de galle*, dénomination, selon nous, trop longue, à laquelle nous substituons celle plus brève d'*alcoolé tannique*, et qui a l'avantage de faire connaître la nature du médicament, en rappelant à l'esprit le nom de ses deux principaux agens, l'alcool et le tannin.

BOUTIGNY.

JOURNAL DE PHARMACIE

ET

DES SCIENCES ACCESSOIRES.

NOVEMBRE 1836.

Thèse présentée à l'école de pharmacie de Paris, le 30 août 1836, par LOUIS MIALHE de Vabre (Tarn), pharmacien en chef de l'hôpital Saint-Antoine de Paris (1).

(EXTRAIT.)

Alcoolats. (préparation). — Je me suis convaincu par l'expérience qu'il est préférable d'exprimer les macérés alcooliques, avant de les soumettre à la distillation, afin de les distiller hors du marc, toutes les fois que les alcoolats sont destinés à préparer des liqueurs de table. On obtient par ce moyen un produit bien plus suave, et qui donne une liqueur exquise. Les pharmaciens trouveront l'occasion de s'assurer de cette vérité en préparant l'élixir de Garus.

Sirops (conservation). — Tous les praticiens savent combien il est difficile d'éviter que certains sirops simples ou composés n'entrent en fermentation dans un espace de temps souvent très-court qui suit leur préparation. Tels sont les sirops de mou de veau, de Désessart, de coquelicot, de pensées sauvages, et tant d'autres, riches comme eux en principes fermentescibles. Je crois donc faire plaisir à quelques pharmaciens en leur indiquant un procédé aussi simple dans sa pratique que certain dans ses résultats. Le voici : Il faut introduire le sirop bouillant dans des bouteilles préalablement chauffées, et les boucher et goudronner de suite. Une fois le sirop refroidi, on l'agite pour en mélanger au reste la partie supérieure décuite par les vapeurs d'eau qui se sont condensées dans le goulot de la bouteille. On le descend alors à la cave, où il se conserve sans subir le moindre changement.

Protoxide de mercure. — Il n'est pas vrai, comme l'a dit Donovan, qu'on puisse isoler l'oxide mercureux au moyen du protochlorure de mercure et d'un excès de dissolution froide de potasse caustique : on obtient par ce moyen, comme par les autres procédés, du mercure métallique et une quantité correspondante de deutoxide, ainsi que M. Guibourt l'a parfaitement établi dans son excellente dissertation inaugurale.

Action de l'acide hyponitrique sur la narcotine. — On se rappelle que M. Couerbe, dans un mémoire rempli de faits piquans, a signalé un phénomène de coloration assez remarquable, qu'un mélange d'acide sulfurique et d'acide nitrique fait éprouver à la narcotine, phénomène qu'il attribue à l'oxidation de la narcotine. Quelques essais que j'ai faits à ce sujet me portent à penser que la coloration rouge que prend dans ce cas la narcotine tient en effet à une oxidation, ainsi que l'a établi M. Couerbe; mais ils m'ont en même temps prouvé qu'il s'est mépris quand il m'a écrit : « Qu'ayant mis de » la narcotine en contact avec de l'acide hyponitrique, » la matière n'a pas changé. »

Cette assertion m'étonne d'autant plus, que je connais la grande exactitude expérimentale de mon excellent ami; aussi ai-je beaucoup cherché à expliquer la cause de sa méprise; mais je dois avouer que jusqu'ici mes efforts ont été sans résultats.

Quoi qu'il en soit, voici la description des phénomènes que l'acide hyponitrique produit quand on le met en contact avec la narcotine, tels que je les ai observés.

Le mélange devient subitement d'un beau rouge cramoisi, il s'échauffe, se boursoufle et répand d'abondantes vapeurs rutilantes; l'action chimique continue ainsi une demi-minute environ, temps après lequel le dégagement du gaz devient assez souvent moindre et le boursouflement aussi, tout en un mot semblerait faire pressentir que l'acide est sur le point d'avoir épuisé son action, lorsqu'au contraire la réaction recommence avec une énergie nouvelle : le mélange alors ne tarde pas à prendre feu et à donner une belle flamme blanche, dépassant souvent d'un pied en hauteur. L'inflammation dure environ une seconde et toute la réaction un peu moins d'une minute.

Quand la flamme cesse on trouve dans la capsule un résidu noirâtre extrêmement spongieux, formé à sa surface d'une matière tirant sur le noir, constituée probablement par une variété de charbon spongieux, et dans l'intérieur on rencontre cette substance amère, désignée tour à tour sous le nom de jaune amer de Welter, d'acide carbazotique et enfin par Berzélius d'acide nitropricrique.

Pour que les phénomènes qui viennent d'être signalés se présentent dans toute leur intensité, il est bon d'opérer sur un ou deux grammes de narcotine, et au

(1) Voyez *Bulletin de thérapeutique*, n° du 15 octobre, page 152, dans la précédente livraison.

moins le double d'acide hyponitrique; néanmoins, la belle couleur rouge se manifeste même quand on n'opère que sur des traces de narcotine.

Rouge nitronarcotique. — Mais qu'est-ce donc que cette matière colorante en laquelle la narcotine est changée sous l'influence oxidante de l'acide hyponitrique? Faut-il l'assimiler à l'alizarine, ainsi que M. Couerbe est porté à le faire? Je ne le pense pas. Je suis cependant bien éloigné de croire que, de ce que l'alizarine n'est pas formée pendant les manipulations auxquelles on soumet la garance pour l'obtenir, on en doive tirer la conclusion explicite que de telles matières ne sauraient être formées par l'action chimique! Je suis trop porté à assimiler aux lois de la chimie les phénomènes de la vie végétative pour ne pas admettre cette opinion *à priori!* Mais ce n'est pas dans l'examen de la matière rouge nitronarcotique que je puis trouver un argument en faveur de ma pensée; cette matière, au contraire, me paraît être un produit tout à fait transitoire, et dont peut-être le moindre de ses caractères distinctifs est sa couleur. Elle est décomposée par l'eau......

Action de l'acide hyponitrique. — Tous les chimistes savent que l'acide hyponitrique possède une énergie chimique plus grande que l'acide nitrique. Je rappellerai, par exemple, que M. Liébig a vu que les acides succinique et benzoïque, que l'acide nitrique n'attaque pas, étaient promptement désorganisés quand on les soumettait à l'action de l'acide hyponitrique. Cependant je ne trouve nulle part cette prédominence d'action expliquée! C'est pourquoi je me permettrai d'en donner l'explication suivante. Il est bien prouvé que l'acide nitrique et l'acide hyponitrique ne sont point des acides proprement dits, mais bien de véritables composés analogues aux sels, l'un constituant un nitrate d'eau et l'autre un nitrate d'acide nitreux. Or, des deux corps faisant fonction de base, le plus électro-positif doit garantir le mieux la désoxidation de l'azote par les corps avides d'oxygène, et ce corps est évidemment l'eau. Une autre cause qui peut concourir à augmenter l'énergie de l'acide hyponitrique, c'est que l'oxigène de l'acide nitreux peut, comme celui de l'acide nitrique, concourir à brûler les corps, tandis que l'oxygène de l'eau est toujours ou presque toujours respecté. Je dois aussi faire observer que, comme aussitôt que l'acide nitrique réagit sur un corps organique, il devient en partie acide hyponitrique, c'est en réalité à ce dernier que l'action oxidante principale est due. C'est pourquoi j'attribuerai les phénomènes suivans seulement à l'acide hyponitrique, bien qu'en réalité plusieurs soient exclusivement attribués à l'acide azotique.

Action générale de l'acide hyponitrique. — L'action générale de l'acide hyponitrique, sur les substances ternaires et quaternaires, me semble assez bien formulée comme il suit : avec les corps formés d'oxygène, d'hydrogène et de carbone, pouvant être considérés comme formés d'une molécule d'eau et d'une molécule de charbon; exemple, ligneux, amidon, sucre, l'acide hyponitrique donne d'abord naissance à de l'acide oxalhydrique, puis à de l'acide oxalique. Le même acide forme du tannin artificiel détonnant avec les substances ternaires, hydrocarbonées, c'est-à-dire celles où l'hydrogène et le carbone dominent; exemple, la plupart des résines. Enfin, l'acide hyponitrique, mis en contact avec les corps quaternaires azotés, produit de l'amer de Welter, ou acide nitropicrique; exemple, indigo, narcotine.

Nitrates. (réactif). — L'expérience m'a fait connaître que le phénomène de coloration de la narcotine, signalé par M. Couerbe, comme très-propre à faire reconnaître des traces d'acide nitrique dans l'acide sulfurique, peut être aussi très-avantageusement employé pour déceler des quantités de nitrate très-faibles. A cet effet, on réduit en poudre le sel que l'on soupçonne renfermer un nitrate; on fait dissoudre d'autre part quelques grains de narcotine dans huit ou dix gouttes d'acide sulfurique, placé dans une petite capsule ou un verre de montre; cela fait, on fait tomber sur la dissolution sulfurique des fractions d'une pincée du mélange salin en question : s'il renferme un nitrate, la dissolution laisse apercevoir presque aussitôt des auréoles d'un rouge plus ou moins intense suivant la quantité d'azotate contenu dans le mélange. On démontre ainsi avec la plus grande facilité la présence d'un nitrate dans un mélange salin qui en renferme moins d'un millième de son poids. Ce réactif est donc très-bon, et peut être assez souvent utile aux chimistes. Je dois cependant signaler que les chlorates et les autres composés salins qui peuvent, sous l'influence de l'acide sulfurique, donner de l'oxygène, font, par malheur, éprouver la même coloration à la narcotine; c'est pourquoi on devra, en faisant usage de ce réactif, avoir cela présent à l'esprit, afin de pouvoir en tenir compte, en s'assurant toujours si le phénomène est bien le résultat de la présence d'un nitrate. Cette remarque s'applique égalcment à l'emploi de la narcotine comme réactif, de l'acide nitrique mêlé à de l'acide sulfurique.

Protochlorure de mercure obtenu par précipitation. — « Le protochlorure de mercure ainsi préparé est très-
» blanc, et jouit de propriétés beaucoup plus actives
» que celui qu'on prépare par sublimation; ce qu'il
» doit à son extrême division. » (Henry et Guibourt.)

« Quand le précipité blanc est bien lavé, il a abso-
» lument la même composition que le mercure doux,
» seulement il retient presque toujours un peu d'eau
» interposée; il est fort actif, parce qu'il est très-di-
» visé. » (Soubeiran.)

« Le précipité blanc est identique avec le calomel. » (Gay-Lussac et Thenard, leçons orales.)

« Le chlorure de mercure ainsi préparé retient tou-
» jours un peu de sel marin que les lavages ne peuvent
» enlever. Cette petite quantité suffit pour donner de
» la solubilité au chlorure et lui communiquer une sa-
» veur mercurielle très-prononcée, en le transformant
» en partie en mercure et en sublimé corrossif. Admi-
» nistré à l'intérieur il excite à la salivation. » (Dumas.)

« Si les liqueurs sont parfaitement neutres, au mo-
» ment où on les mêle il se précipite un sous-nitrate de
» mercure qui ne peut être enlevé par les lavages les

» plus soignés, et qui produit des effets dangereux » lorsqu'on emploie cette préparation à l'intérieur. » (Berzélius.)

Parmi cette grande divergence d'opinions émises par de tels hommes, la recherche de la vérité sera sans doute considérée comme une tâche au-dessus de mes forces : aussi n'est-ce pas sans crainte que je m'aventure à livrer mes résultats d'expérience au jugement des savants professeurs de l'école de pharmacie ; mais puisqu'en faisant mes recherches je n'ai eu d'autre ambition que celle d'être utile, ne m'est-il pas permis de compter sur l'indulgence de mes juges ?

1° J'ai comparé physiquement le calomel à la vapeur et le précipité blanc, et je n'ai pu y reconnaître de différence appréciable ;

2° J'ai cherché à connaître la solubilité comparative des deux chlorures, et elle m'a paru être la même ;

3° Le précipité ne m'a présenté que des traces de chlorure sodique ;

4° Enfin, j'ai constaté la présence du sous-nitrate mercuriel dans du précipité blanc que j'avais préparé d'après le Codex, et dans un second échantillon que j'avais pris dans le bocal du magasin de la pharmacie centrale.

Deux autres échantillons, au contraire, ne m'ont présenté aucune trace de sous-nitrate.

De ces deux derniers échantillons, l'un avait été préparé en décomposant le nitrate par du sel marin et l'autre par l'acide hydrochlorique. A quoi tient cette différence? Elle tient à ce que, dans le premier cas, au lieu d'employer un protonitrate neutre on emploie un nitrate plus ou moins basique, suivant la quantité d'acide qu'on ajoute à la dissolution, et que, lorsqu'on vient à opérer la double décomposition par le sel marin, il se précipite toujours plus ou moins de sous-nitrate. Inconvénient qu'il est facile d'éviter en acidulant davantage le nitrate basique ou bien encore en opérant la précipitation par l'acide hydrochlorique, ainsi que le recommande M. Guibourt.

Néanmoins, bien qu'il soit très-certain que le précipité blanc renferme souvent du sous-nitrate et parfois des traces de chlorure sodique, je me garderai bien de dire que c'est à la présence de ces corps qu'il doit sa plus grande énergie médicale, attendu que je ne le crois pas plus actif que le calomel à la vapeur. J'ai vu ce dernier produire le ptyalisme à la dose de seulement quelques grains, bien qu'entièrement exempt de sublimé corrosif.

Nitrate de mercure sesquibasique. — Les auteurs de pharmacologie et le commerce s'accordent à donner la préférence au nitrate sesquibasique de mercure sur le protonitrate neutre. Cependant le moyen que l'on donne pour le préparer est loin de le fournir constamment beau. J'ai pratiqué depuis plusieurs années un procédé fort simple (1), et qui m'a donné presque toujours un très-beau nitrate cristallisé en gros cristaux transparens.

J'introduis un kilo de mercure et autant d'acide nitrique du commerce dans un matras à fond plat, très-large, que je place sur une plaque métallique épaisse, dans le but d'empêcher que la température ne s'élève par trop. Vingt-quatre heures après je trouve la paroi inférieure du matras tapissée de gros cristaux recouverts par une petite quantité d'eau-mère. Pour purifier ce sel, c'est-à-dire pour lui enlever l'eau-mère qui le recouvre, et qui contient toujours un peu de deutonitrate, il suffit de le placer dans un entonnoir de verre, et de le laver avec un filet d'acide nitrique. Il est alors assez pur pour l'usage de la pharmacie.

Comme par ce procédé il arrive cependant qu'on obtient parfois, en place de cristaux, une masse mamelonnée et même entièrement informe, voici un moyen d'obtenir toujours ce nitrate parfaitement bien cristallisé :

Il faut prendre le nitrate préparé comme il vient d'être dit, et le faire dissoudre dans le moins d'eau distillée possible, acidulée par l'acide nitrique, afin d'éviter la formation du turbith nitreux. Une fois la dissolution faite, on la place dans une capsule de porcelaine, très-évasée, et on la soumet à l'évaporation d'une étuve convenablement chauffée. On trouve au bout de quelques jours le fond de la capsule garni de cristaux magnifiques ; et, tels qu'on n'en obtient qu'accidentellement par les autres procédés, même par celui qui vient d'être décrit.

Fermentation alcoolique. — « Avec le cuivre, le laiton, le plomb, le liquide fermentiscible (mélange » de 6 p. d'eau, 1 p. de sucre et Q. S. de ferment) se » constitue dans un état tel que la fermentation alcoolique ne peut se développer. » (Bouchardat.)

Je suis loin de contester l'influence électrique sur la fermentation, et l'exactitude des expériences de mon collègue, M. Bouchardat ; néanmoins je puis affirmer que la fermentation alcoolique peut avoir lieu d'une manière régulière et complète, dans certains vases métalliques, surtout lorsqu'on opère sur des proportions de matière assez considérables. Ainsi j'ai obtenu l'an dernier la fermentation de 10 à 12 litres d'un mélange d'eau de sucre et de levure, dans un vase d'étain. Le même phénomène se répète journellement à la pharmacie centrale, où l'on ne prépare jamais le laudanum de Rousseau dans des vases autres que des bains-marie d'étain.

Urée.—De ce qu'une urine convenablement concentrée par l'évaporation, et traitée par de l'acide azotique, ne laisse pas cristalliser du nitrate acide d'urée après complet refroidissement de la liqueur, il ne faut pas se presser de conclure qu'elle ne contient point d'urée ; il faut, au contraire, placer le mélange dans un lieu frais et l'abandonner à lui-même ; l'expérience m'ayant appris que ce n'est souvent qu'après plus de vingt-quatre heures de contact que les cristaux commencent à se former.

J'ai aussi eu l'occasion de faire l'analyse d'une urine

(1) M. Soubeiran m'a appris dernièrement que M. Robiquet pratiquait depuis longtemps un procédé à peu près analogue dans sa fabrique. Je m'estime heureux que mes résultats soient sanctionnés par ceux d'un praticien aussi remarquable.

de diabétique, qui ne m'a jamais offert la moindre trace d'albumine pendant la période de diminution de sucre et de l'augmentation de l'urée, ainsi que M. Thenard a cru pouvoir l'établir en principe, d'après un assez grand nombre d'observations dont il est l'auteur.

Poisons narcotiques. — « L'action des poisons narco-
» tiques ingérés par les racines a besoin d'être vérifiée
» avec soin. » (De Candolle.)

C'est en effet un point bien obscur de la physiologie des plantes que celui de l'action des narcotiques sur l'économie végétale ; car, tandis que MM. Macaire, Marcet et Mulder assurent qu'ils agissent sur les plantes avec une action générale analogue à celle qu'ils exercent sur les animaux, M. Julio considère, au contraire, l'opium comme un excitant des végétaux. L'expérience suivante confirme en partie l'opinion du physiologiste italien : j'ai placé le 15 juin dernier plusieurs pieds de *calendula* off. dans des vases neufs remplis de grès fin, lavé à l'acide hydro-chlorique, et je les ai arrosés journellement, jusqu'au 15 juillet, avec de l'eau distillée. C'est à cette époque, alors que les pieds de souci offraient un facies à peu près normal, que j'en ai arrosé deux avec un demi-gros chaque d'acétate neutre de morphine dissous dans trente onces d'eau distillée. Au bout de huit jours chaque pied de *calendula* était sous l'influence toxique d'un demi-gros d'acétate morphique, car les vases n'avaient pu rien laisser échapper, ayant eu le soin d'en boucher l'ouverture inférieure, et cependant ils n'ont présenté aucun signe pathologique, ni pendant la durée de l'arrosement narcotique ni après, car ils ne m'ont point offert de différence appréciable avec d'autres pieds de la même plante que j'avais gardés pour me servir de parallèle, et que j'avais continué d'arroser seulement avec de l'eau distillée.

Comme j'ai opéré avec le produit le plus actif de l'opium, et que la manière dont j'ai fait les expériences est plus rationnelle que celle usitée par les auteurs, je me crois en droit de pouvoir conclure que *les produits narcotiques de l'opium n'agissent point sur les plantes à la manière des poisons. Que si les résultats des auteurs diffèrent des miens, c'est qu'ils ont opéré sur une solution aqueuse d'opium, solution qui, outre les produits narcotiques, renfermait d'autres substances qui ont pu avoir de l'action sur les cellules des plantes.* Je dis sur les cellules, car d'autres essais, que je ne rapporterai point ici, m'ont porté à penser que, pour qu'une substance agisse sur l'économie des plantes, il faut qu'elle soit douée de propriétés désorganisatrices telles, que le tissu primitif des végétaux puisse être mécaniquement altéré par elle.

On verra par cette idée, que je suis loin d'admettre un système nerveux dans les végétaux ; c'est en effet mon opinion, et j'ajouterai que l'opinion contraire, toute poétique qu'elle est, me semble avoir trop occupé les discussions des savans.

Cire (sophistication). — Une singulière altération, que quelques marchands font éprouver à la cire, est la suivante : ils l'agitent après fusion avec de l'eau, et quand le mélange est le plus intime possible, ils la coulent dans des moules. Ainsi *préparée*, elle peut contenir plus d'une once d'eau par livre de cire.

Thérébenthine de Bordeaux. — « Téré-
» benthine de Bordeaux. . . . . . . 14 gros.
» Magnésie calcinée . . . . 1/2 gros;
» Cette formule est celle de M. Faure de Bordeaux.
» Elle ne réussit pas avec la térébenthine de Stras-
» bourg et de Venise, ce qu'il faut attribuer à ce qu'elle
» contiennent plus d'huile essentielle. » (Soubeiran.).

A l'occasion des pilules de baume de copahu, dont j'ai donné la formule en 1828, je fis à Bordeaux en 1827, divers essais de combinaison de magnésie et de térébentine de Bordeaux, et toujours sans succès. D'où je suis porté à conclure que toutes les térébenthines des Landes ne sont pas également aptes à se combiner avec l'oxide de magnésium.

L'idée de ces expériences me fut suggérée par un baume de copahu assez épais, qui se solidifiait très-bien avec la magnésie. Je fis à la même époque divers mélanges de cette térébenthine et de copahu, qui refusèrent aussi de se solidifier avec la magnésie.

Les beaux travaux d'Unwerdorben, de Blanchet et Sell me portent, du reste, à considérer cette anomalie d'action de la térébenthine comme une chose naturelle et des plus faciles à expliquer.

Note sur une eau minérale trouvée à Propiac, département de Vaucluse et sur une altération particulière qu'elle a présentée ; par M. Ossian Henry, chef des travaux chimiques de l'Académie royale de Médecine.

La commission des eaux minérales ayant reçu il y a quelques mois plusieurs bouteilles d'une eau minérale envoyée de Propiac, département de Vaucluse, et sur laquelle M. le ministre de l'intérieur demandait l'avis de l'académie royale de médecine ; cette eau fut remise au laboratoire de cette académie, et je me trouvai chargé d'en faire l'analyse. Il s'agissait d'en rechercher d'abord les principes minéralisateurs, et de s'assurer s'il n'existait pas dans cette eau quelque substance à laquelle on pût attribuer les graves accidens causés par son usage lors de l'invasion du choléra. Je me hâtai en conséquence de faire ce travail, et, comme il m'a offert quelques particularités intéressantes, j'ai cru devoir les publier.

Avant de les faire connaître, je vais rappeler les essais auxquels avait donné lieu cette eau, et qui se trouvent insérés dans la lettre de M. le ministre, extraits de la Statistique du département de la Drôme, publiée en 1835, par M. Gras, ingénieur du corps royal des mines.

« La source de Propiac, y est-il dit, sort du pied
» de masses gypseuses qui sont exploitées au château
» de Salin, près du chemin de la Mérindol. Elle est tel-
» lement abondante, qu'elle pourrait faire tourner une
» roue hydraulique, son volume paraît invariable et
» indépendant des saisons ; un thermomètre, plongé à

» l'endroit même où elle jaillit, marque 15° centigrades, » température supérieure à la moyenne du pays. D'après » l'analyse qualitative que j'en ai faite, on peut la ranger » au nombre des eaux *alcalines;* elle ne contient point » d'acide carbonique, de fer ni de soufre, mais des sul- » fates et des chlorures alcalins, du sulfate de chaux, » beaucoup de sulfate de magnésie, et peut-être un peu » d'acide sulfurique libre, car elle a la propriété d'atta- » quer le linge et de corroder les métaux; le sulfate de » magnésie la rend très-purgative. Quoique située dans » un pays presqu'inabordable et dénué de toute espèce » de commodités, cette source attire cependant chaque » année plusieurs centaines de personnes de la classe » pauvre, qui se succèdent sans interruption, depuis le » commencement du mois d'août jusqu'à la fin de sep- » tembre. »

Analyse de l'eau de Propiac, expédiée le 26 avril 1836.

Six bouteilles de cette eau, bien bouchées et goudronnées avec soin, m'ont été remises, et je les ai d'abord examinées à l'aide des réactifs.

L'eau contenue dans quatre de ces bouteilles avait une odeur *sulfureuse* très-prononcée, que les deux autres bouteilles ne présentaient pas. La saveur de l'eau était légèrement salée, saumâtre, puis amère. Les réactifs n'y indiquèrent aucune trace d'acide libre, et elle nous a paru n'avoir aucune action sur le linge ou les métaux mis en contact avec elle. Ces réactifs y annonçaient la présence de *carbonates*, de *sulfates*, de *chlorures*, nullement celle des phosphates, fluates et nitrates; on y reconnut en outre la chaux, la magnésie, des traces à peine sensibles de fer, mais d'aucun autre métal, tel que le cuivre, le zinc, etc.

Enfin, dans le résidu d'une certaine portion d'eau évaporée à siccité, je reconnus l'existence d'hyposulfites provenant de l'altération d'*hydrosulfate* et une matière organique décomposable par la chaleur.

Analyse quantitative.

1,000 grammes de l'eau de *Propiac* ont donné un résidu salin blanc, feuilleté pesant sec 1gr 93c.

Ce résidu, analysé par les modes connus, était composé de :

Pour 1,000 grammes d'eau minérale.		
Carbonate de chaux.	0,080	(Primitivement à l'état de bicarbonate soluble.)
Sulfate de chaux.	1,000	
Sulfate de magnésie. Sulfate de soude.	0,350	
Chlorure de magnésium.	0,170	(Muriate de magnésie.)
Chlorure de sodium.	0,050	
Alumine. Silice avec traces d'oxide de fer.	0,150	
Matière organique et perte.	0,130	
	1,930	

Nota. Dans cette analyse, les hyposulfites avaient été changés en *sulfates* par une oxygénation convenable, parce que l'origine première de ces sels nous semble, comme je vais le dire, avoir été celle de *sulfates*.

Cette eau, riche en principes salins, ne renferme en *acide carbonique* que la quantité à très-peu près nécessaire pour saturer le *carbonate de chaux* à l'état de bicarbonate et le rendre soluble.

Elle nous paraît devoir être rangée dans les eaux *sélénito-magnésiennes*, et non, d'après M. Gras, devoir être considérée comme *alcaline*. Les *sulfates de soude* et de *magnésie* qui s'y trouvent, ont dû, par leur propriété purgative, la rendre nuisible à l'époque du choléra, en déterminant une prédisposition à cette cruelle maladie.

Quant aux *hydrosulfates* dont j'ai constaté l'existence dans plusieurs des bouteilles qui m'ont été remises, existence qui n'était nullement douteuse, je l'attribue à la décomposition des sulfates, et particulièrement à celle du sulfate de chaux sous l'influence de l'eau et de la matière organique (1). Cette décomposition, dont j'ai vu pour ma part un très-grand nombre d'exemples semblables (exemples que j'ai cités déjà depuis longtemps, tant à l'occasion de l'eau de Passy conservée que de l'eau prise à Billazais dans un lavoir, etc., etc.), est l'origine de différentes eaux *sulfureuses permanentes*, comme celles d'Enghien, d'Uringe, etc., près Paris, ou momentanées comme celles de certaines mares et eaux croupies, fangeuses, etc.

Il y a plusieurs mois, j'ai abandonné dans des flacons bien remplis d'eau de certaines quantités de gypse efflorescent, pris soit à Montmartre, soit à Saint-Chaumont et à Montmorency, et je n'ai pas été peu surpris de voir, après un mois de contact, à la température ordinaire, les liquides chargés d'une grande proportion d'*hydrosulfate calcaire* (2) par l'influence des matières organiques contenues dans le gypse lui-même, comme la calcination en avait donné la preuve, ce qui était au reste bien connu.

L'odeur sulfureuse si facile à reconnaître eût été signalée par M. Gras, qui a examiné l'eau à la source, si cette eau eût été chargée d'*hydrogène sulfuré*. Il n'est donc pas douteux que c'est pendant le transport et le séjour dans les bouteilles que l'eau de *Propiac*, primi-

(1) On s'étonnera sans doute que toutes ces bouteilles, qui avaient été prises en même temps, n'aient pas présenté la même altération; mais on peut s'en rendre raison en considérant combien il est d'exemples d'anomalies de ce genre, où des mélanges mis dans les mêmes conditions n'offrent pas tous les mêmes résultats. Cela est surtout visible dans des cuves de fermentation, qui, faites de la même manière et placées aussi dans les mêmes circonstances, présentent des effets différens sans qu'on puisse en savoir la cause; on en voit aussi des exemples dans des amas d'eau de Vichy puisés à la même époque, et dont quelques bouteilles seules deviennent sulfureuses.

(2) Dans une notice sur l'eau d'Enghien, que je compte publier prochainement, je reviendrai sur ce fait.

tivement *séléniteuse*, est devenue *sulfureuse;* aussi est-ce comme eau *sélénito-magnésienne* que je la considère à son point d'émergence.

Cette observation est une nouvelle preuve de la nécessité d'analyser les eaux minérales, autant qu'il est possible, à leur source, ou du moins très-peu de temps après leur puisement et leur envoi, si l'on ne veut pas être exposé à les voir souvent éprouver de très-notables modifications, qui en changent complétement les propriétés, et qui les font différer beaucoup de leur état primitif.

Observations ultérieures sur la manière dont le fer se comporte avec l'acide nitrique; par le docteur SCHÖNBEIN, professeur de chimie à Bâle. (Annalen der physik und chemie, vol. XXXVII, page 590.)

(Traduit par M. VALLET.)

Dans un mémoire publié dernièrement par ce journal, j'ai communiqué l'intéressante observation, que de l'acide nitrique, qui attaque vivement du fer ordinaire, n'a pas d'action sur un fil de ce métal, si l'une de ses extrémités a été chauffée jusqu'à ce qu'elle bleuisse, et que cette extrémité a été plongée la première dans l'acide. Des expériences, que j'ai entreprises depuis, m'ont montré qu'un pareil fil de fer n'offre plus la même manière d'être avec un acide, dans lequel la quantité d'eau contenue dépasse un certaine limite. Je n'ai pas encore déterminé exactement cette limite; mais j'ai trouvé que, par exemple, un acide de 1,36, étendu de 15, 30, 60, 120, 240, 480, 960 fois son volume d'eau, attaque aussi bien des fils de fer à extrémités chauffées au rouge, que ceux non chauffés, et que le protoxide de fer, qui se trouve sur les premiers, se détache peu à peu par écailles dans l'acide sans s'y dissoudre. Les fils de fer protégés par du platine ou de l'or se comportent tout à fait dans l'acide nitrique étendu comme ceux à extrémités bleuies. Quelques chimistes ont avancé que de l'acide nitrique ordinaire, étendu de trois fois son volume d'eau, n'a plus d'action sur le fer; il résulte de mes recherches que cet acide, même étendu de 1000 fois son volume d'eau dissout encore sensiblement ce métal.

Comme la manière différente dont le fer se comporte avec un seul et même acide nitrique a évidemment sa source dans un état électrique déterminé du métal, je cherchai à découvrir sa nature propre en mettant en contact avec de l'acide nitrique un fil de fer, qui servait comme fil du pôle positif d'une pile voltaïque. Je procédai de la manière suivante : de l'acide nitrique de 1,36 fut mis à la température ordinaire dans le circuit d'un appareil composé de 15 élémens voltaïques; je fis descendre un fil de fer du pôle positif, et un fil de platine du pôle négatif dans l'acide. Lorsque je terminais la pile par le fil du pôle négatif, le fil de fer était chimiquement attaqué comme à l'ordinaire; lorsque je la terminais par le fil de fer en faisant d'abord plonger une de ses extrémités dans l'acide nitrique et en mettant ensuite l'autre extrémité en contact avec le pôle positif de la pile, le même phénomène avait lieu; mais si je terminais la pile d'une manière inverse, c'est-à-dire si j'assujettissais d'abord l'une des extrémités du fil de fer avec le pôle positif, et que je fisse ensuite plonger la seconde extrémité dans l'acide nitrique, celui-ci n'exerçait plus du tout d'action sur le fer, et ce métal possédait alors, même après sa séparation du pôle positif, toutes les propriétés que lui communique le contact du protoxide produit par la chaleur rouge ou bien de l'or ou du platine, c'est-à-dire les propriétés dont j'ai parlé au long dans mon premier mémoire. J'ai pu chauffer presque jusqu'à son point d'ébullition l'acide nitrique, qui se trouvait dans le circuit de la pile, avant qu'il n'attaquât le fil de fer positif. Ainsi qu'il est d'ailleurs facile de le concevoir, l'eau contenue dans l'acide est décomposée dans ces circonstances. De l'acide nitrique concentré, de 1,36 par exemple, ne laisse pas, comme chacun sait, dégager d'hydrogène au pôle négatif, attendu que ce gaz se combine avec une partie de l'oxygène de l'acide, et transforme celui-ci en acide nitreux. A une température d'environ 70° C. il commence à se dégager au fil négatif de platine un gaz dont je n'ai pas encore examiné de près la nature chimique, mais qui vraisemblablement est du deutoxide d'azote, de formation secondaire. D'après l'opinion adoptée jusqu'à ce jour, l'autre principe constituant de l'eau, l'oxygène devrait, se combiner chimiquement avec le fil de fer positif et l'oxide produit, former un nitrate avec l'acide nitrique qui se trouve dans la liqueur; mais si la pile est terminée de telle manière, que l'acide nitrique n'ait pas d'action sur le fil de fer positif, l'oxygène de l'eau mis en liberté ne se combine pas non plus avec ce métal, mais apparaît à sa surface sous forme de gaz, précisément comme sur celle d'un fil d'argent, d'or ou de platine; toutefois, ce phénomène n'a pas lieu seulement avec un acide de la force indiquée plus haut; il se montre encore avec un acide étendu de 1, 10, 100 et même 400 fois son volume d'eau. Il n'y a pas même un seul endroit du fer attaqué dans ces circonstances, ainsi que le prouvent et son aspect métallique non altéré, et le rapport des volumes des gaz qui se dégagent en même temps aux deux fils des pôles, rapport que j'ai trouvé de 1 : 2, en les mesurant plusieurs fois. Si l'on met les deux fils des pôles, à la surface desquels se dégagent les élémens de l'eau, en contact pendant quelques secondes dans l'intérieur de l'acide nitrique étendu (de dix fois environ son volume d'eau), et qu'on les sépare ensuite, l'oxygène ne paraît plus au fil de fer positif, mais il se produit autour de celui-ci un nitrate, qui descend sous forme d'un liquide brun-jaune. Mais si l'on tient seulement pendant quelques instans à l'air l'extrémité du fil de fer qui plongeait dans l'acide nitrique, et qu'on termine

alors la pile par ce fil, le dégagement de l'oxygène se renouvelle à la surface du fer. Si l'on commence la pile par le fil négatif, et qu'on la termine quelques secondes après par ce même fil, on interrompt aussi par ce moyen d'une manière continue le dégagement d'oxygène au fil de fer positif : seulement, lorsque l'acide est extrêmement étendu, l'oxygène reparaît quelque temps après que la pile est terminée. Mais, quelles que soient les circonstances qui ont donné lieu à l'interruption du dégagement d'oxygène, il se montre toujours de nouveau, si on ne tient que peu de temps le fil de fer à l'air, et qu'on termine alors la pile par ce fil d'une manière convenable. Des phénomènes absolument semblables se produisent, lorsqu'au lieu d'acide nitrique étendu on emploie de l'acide sulfurique ou phosphorique également étendu. Pour que, dans ces acides, l'oxygène se dégage au fil de fer positif, il faut également mettre d'abord le pôle négatif de la pile en rapport par un fil avec le liquide à décomposer, puis mettre l'une des extrémités du fil de fer en contact avec le pôle positif et l'autre extrémité avec l'acide. Par toute autre manière de terminer la pile, il ne se dégage pas d'oxygène, même lorsqu'on fait préalablement plonger le fil de fer dans de l'acide sulfurique ou phosphorique étendu. Le dégagement d'oxygène commencé est également interrompu par le contact des fils des pôles dans l'intérieur des acides nommés en dernier lieu, et n'est pas reproduit par l'exposition du fil de fer à l'air. Dans de l'eau additionnée d'acide hypophosphoreux ou phosphoreux, le fil de fer positif ne présente pas de dégagement d'oxygène de quelque manière que soit terminée la pile, vraisemblablement parce que celui-ci se combine avec ces acides pour former de l'acide phosphorique. Dans de l'eau contenant de la potasse, l'oxygène apparaît toujours, au contraire, au pôle positif, de quelque manière que l'on termine la pile. Durant mes recherches sur ce sujet, j'ai encore observé quelques autres phénomènes particuliers, dont il sera question plus tard, si je découvre, d'une manière précise, les circonstances dans lesquelles ils ont lieu. Je vais toutefois mentionner l'un d'eux en terminant. Dans le même acide nitrique, où l'hydrogène se montre en grande quantité au fil de platine (qui sert de pôle négatif), il n'apparaît aucune trace de ce gaz, si on met du fer en place du platine. Ce n'est qu'après que le premier a fonctionné quelque temps comme pôle négatif dans l'acide que l'hydrogène s'y montre.

De plusieurs des faits exposés plus haut il résulte : 1° que l'opinion, admise jusqu'à ce jour, que l'oxygène ne se dégage au pôle positif d'une pile voltaïque que lorsque le métal qui le forme est un métal précieux, n'est pas absolument exacte ; 2° que la même cause, qui rend le fil de fer indifférent à l'action de l'acide nitrique, empêche aussi l'oxidation de ce métal pendant la décomposition de l'eau opérée par la pile. Je n'ose pas encore m'abandonner à d'autres explications théoriques sur les faits que j'ai communiqués, convaincu, que je suis que la question n'est pas assez mûrie et qu'elle exige encore beaucoup d'autres recherches.

Sur la manière dont se comporte l'acide sulfurique anhydre avec quelques chlorures métalliques et quelques sels ; par Henri Rose (Annalen der Physik und chemie, vol. XXXVIII, p. 117.)

(Mémoire lu à l'Académie des sciences de Berlin le 2 juin 1836.)

(Traduit par M. Vallet.)

Si l'on dirige les vapeurs de l'acide sulfurique anhydre sur de la chaux anhydre réduite en poudre fine, ou bien sur de l'oxide de plomb aussi en poudre fine, tandis que l'on entoure de glace les vases, qui contiennent ces bases, celles-ci n'absorbent pas les vapeurs de l'acide : ces vapeurs se condensent d'abord en groupes cristallins sur les parties du vase, qui sont le plus refroidies, et lorsque la condensation a lieu aux endroits où se trouvent les bases, l'acide se dépose sur celles-ci sous forme cristalline sans s'y combiner.

La combinaison de l'acide sulfurique anhydre avec les bases fixes également anhydres n'a lieu qu'autant que celles-ci sont chauffées. Si l'on dirige les vapeurs de l'acide sur de la chaux anhydre chauffée, mais non encore parvenue à la chaleur rouge, elles sont entièrement absorbées par cette base.

L'acide sulfurique anhydre se combine au contraire même à la température ordinaire, et en développant une forte chaleur, avec l'hydrate de potasse sec.

On connaît l'action de l'acide sulfurique hydraté sur les bases anhydres. Toutefois la grande différence dans la manière dont se comportent l'acide sulfurique anhydre et l'acide sulfurique hydraté à la température ordinaire avec d'autres substances, est encore bien plus prononcée dans leur action sur quelques chlorures métalliques.

Sertürner a prétendu le premier avoir obtenu par la décomposition du sel marin à l'aide de l'acide sulfurique anhydre et à la chaleur rouge du gaz acide hydrochlorique et du sulfate de soude : Döbereiner a présumé qu'il se forme dans cette réaction une combinaison de chlore avec de l'acide sulfureux, et L. Gmelin a montré par des expériences que les gaz qui se dégagent ont en effet cette composition.

J'étais curieux de savoir comment l'*hydrochlorate d'ammoniaque* se comporterait avec l'acide sulfurique anhydre. Les vapeurs de cet acide furent donc dirigées sur du sel ammoniac réduit en poudre fine et très-bien séché, qui était placé dans un vase entouré de glace. Elles furent aussitôt absorbées en grande quantité par le sel, et aucune portion de l'acide qui se condensait ne se déposa aux endroits du verre, où le sel ne se trouvait pas, bien que le refroidissement y fût plus considérable. Il ne se dégagea alors ni acide hydrochlorique, ni chlore, ni acide sulfureux ; mais le sel ammoniac se transforma en une masse saline, transparente, compacte, flexible dans le principe, qui plus tard se durcit, mais qui, lorsqu'il s'en fut formé une certaine couche, protégea le sel qu'elle recouvrait contre les

vapeurs de l'acide, de manière à empêcher toute combinaison ultérieure. Si on continuait à faire passer les vapeurs de l'acide anhydre dans le vase, cet acide se déposait alors sous forme de masses cristallines sur d'autres endroits du vase fortement refroidis. Mais si on emploie un excès de sel ammoniac, et qu'en brisant la croûte formée on le mette de nouveau et à plusieurs reprises en contact avec les vapeurs de l'acide, on obtient des masses salines compactes, qui à l'air sec ne répandent pas la moindre vapeur d'acide sulfurique anhydre.

La masse saline formée, qui est une combinaison d'acide sulfurique anhydre avec de l'hydrochlorate d'ammoniaque non décomposé, se décompse par l'addition de quelques gouttes d'eau : il se produit alors un très-fort dégagement de gaz acide hydrochlorique. Si pour la décomposition on emploie beaucoup d'eau, le gaz acide hydrochlorique se dissout dans l'excès de ce liquide. La combinaison se transforme aussi par la simple exposition à l'air humide en sulfate d'ammoniaque hidraté avec dégagement du gaz acide hydrochlorique, et la dissolution de ce sulfate dans l'eau donne même à froid des précipités blancs abondans, non-seulement avec la dissolution de chlorure de barium mais aussi avec celle du chlorure de strontium. La liqueur ne contient donc pas de sulfate d'ammoniaque anhydre. Lorsqu'on chauffe la combinaison, il se développe au commencement du gaz acide hydrochlorique, et puis se manifestent par l'action ultérieure de la chaleur les phénomènes qui ont lieu dans la sublimation, du sulfate d'ammoniaque.

J'envisageais dans le principe la masse saline obtenue comme une combinaison de sulfate d'ammoniaque anhydre avec de l'acide hydrochlorique, d'une composition semblable à celle du sulfate d'ammoniaque ordinaire, à cette différence près que dans cette combinaison l'acide hydrochlorique tenait la place de l'eau, et je croyais que l'eau en éliminait l'acide hydrochlorique, et produisait ainsi du sulfate d'ammoniaque hydraté, dont la dissolution se comportait avec celles de baryte et de strontiane comme les autres sulfates.

Mais je n'ai pas vérifié cette opinion sur la composition de cette nouvelle combinaison, attendu que je n'ai point réussi à la produire en faisant arriver du gaz acide hydrochlorique sec sur du sulfate d'ammoniaque anhydre. Le gaz n'a pas été absorbé par ce sel. Toutefois les résultats des recherches, que j'entrepris sur la manière d'être de l'acide sulfurique anhydre avec les chlorures de potassium et de sodium étaient encore plus en contradiction avec cette manière de voir.

En effet, lorsque sur du chlorure de potassium froid pulvérisé et sec je fis arriver de la même manière que sur le sel ammoniac les vapeurs de l'acide anhydre, des phénomènes absolument semblables eurent lieu ; on ne put apercevoir le moindre dégagement de gaz ; les vapeurs de l'acide furent complétement absorbées, et transformèrent le chlorure de potassium en une masse dure, compacte et transparente. Ce ne fut, que lorsqu'il en eut été formé une croûte d'une épaisseur suffisante que l'acide se déposa en d'autres endroits du verre. A mesure que l'on ajouta un peu d'eau à la combinaison obtenue, il y eut un fort dégagement d'acide hydrochlorique. La combinaison était donc tout à fait analogue à celle du sel ammoniac et de l'acide sulfurique anhydre. La seule différence dans la préparation me parut consister en ce que le sel ammoniac absorbait les vapeurs de l'acide anhydre avec plus d'avidité que le chlorure de potassium.

Si on chauffe cette combinaison, elle se décompose, et c'est alors que se montrent les phénomènes, que L. Gmelin décrit dans la décomposition du sel marin par l'acide sulfurique anhydre. Il y eut d'abord développement d'odeur de chlore, et plus tard seulement d'acide sulfureux ; le résidu fond à une douce chaleur, tant qu'il retient encore du chlorure de potassium non décomposé ; mais après qu'il a été complétement chauffé sa dissolution dans l'eau ne donne avec celle du nitrate d'argent qu'une faible nuage opalin.

Le *chlorure de sodium* se comporte avec les vapeurs de l'acide sulfurique anhydre absolument de la même manière que le chlorure de potassium.

Cependant d'autres combinaisons du chlore n'absorbent pas les vapeurs de l'acide sulfurique anhydre à la manière des chlorures métalliques alcalins. Du *chlorure de barium* entièrement déshydraté, mais non fondu, et réduit en poudre fine, ne paraît pas absorber du tout les vapeurs de l'acide ; il en est de même du *chloride de cuivre,* qui reste brun quelque temps qu'il reste exposé au contact des vapeurs de l'acide. Celles-ci se condensent dans les deux cas aux autres endroits du vase, particulièrement sur ceux qui sont refroidis, et non précisement là où se trouvent les sels.

L'*iodure de potassium* pulvérisé absorbe les vapeurs de l'acide avec avidité, mais se colore par cette absorption en rouge-brun, et ce n'est que lorsque la coloration est complète que les cristaux de l'acide se déposent aux autres endroits du vase, où il n'y a pas d'iodure de potassium. Ceux-ci se sont colorés avec le temps en bleu verdâtre. L'acide décompose donc même à froid l'iodure de potassium ; il se forme du sulfate de potasse, de l'acide sulfureux et de l'iode, et les vapeurs du dernier se combinent avec l'excès de l'acide sulfurique anhydre pour former une combinaison bleue verdâtre, que M. Bussy a obtenue le premier. Si on dissout la masse rouge-brune dans de l'eau, la dissolution est d'abord coloré en rouge-brun par l'iode libre ; mais elle se décolore par l'action de l'acide sulfureux.

L'*hydriodate d'ammoniaque* est aussi transformé de la même manière en une masse rouge-brune foncée par les vapeurs de l'acide sulfurique anhydre, qu'il absorbe.

Les vapeurs de cet acide font aussi éprouver une décomposition semblable à l'*hydrobromate d'ammoniaque.* Ce sel se transforme en un masse jaune, et le verre se remplit de vapeurs de brôme.

Le *nitrate de potasse* pulvérisé absorbe au contraire les vapeurs de l'acide sulfurique anhydre à froid sans

se décomposer. Il se transforme alors en une masse molle, se durcissant plus tard, et de couleur tout à fait blanche. Au bout de quelques jours cependant le verre, quoique assez bien fermé, s'était rempli de vapeurs rouges d'acide nitreux. La même décomposition eut lieu avec la combinaison récemment préparée, et non encore décomposée, lorsqu'elle fut chauffée.

Le *sulfate de potasse* pulvérisé absorbe aussi les vapeurs de l'acide, mais très-lentement. Si on chauffe la combinaison, il se dégage de l'acide sulfurique, et il reste un résidu infusible de sulfate de potasse. Il ne s'est donc pas formé de bisulfate de potasse, dont la production ne pouvait pas avoir lieu faute d'eau.

Le *sulfate d'ammoniaque hydraté* ordinaire absorbe lui-même, bien que très-lentement et en faible quantité, les vapeurs de l'acide sulfurique anhydre, et forme a une température élevée une masse fusible, qui se décompose par la chaleur comme du sulfate acide d'ammoniaque.

Mais il est une combinaison plus remarquable ; c'est celle de l'acide sulfurique anhydre avec le *sulfate d'ammoniaque anhydre*, qui se forme toujours, lorsqu'on fait arriver du gaz ammoniac sec sur une grande quantité d'acide sulfurique anhydre et que celui-ci forme une couche très-épaisse. J'ai déjà fait mention précédemment de cette combinaison (1), et j'ai dit que c'est elle qui met obstacle à ce que l'on puisse, dans la préparation de sulfate d'ammoniaque anhydre obtenir une quantité notable de ce sel dans un grand état de pureté. La combinaison forme des fragmens durs, vitreux, semblables à la gomme arabique blanche. Elle attire promptement l'humidité de l'air et tombe en deliquium. Elle se dissout facilement dans l'eau ; lorsqu'on l'arrose avec ce liquide, elle fait entendre un sifflement, ainsi que cela a lieu également dans la dissolution du sulfate d'ammoniaque anhydre, lorsque ce sel contient un peu de cette combinaison. Elle se transforme difficilement en sulfate d'ammoniaque neutre anhydre, quelque prolongé que soit son contact avec le gaz ammoniac sec.

Action chimique de la lumière sur l'iodure de mercure (protoiodure), et produits de sa décomposition, par le docteur Wilibald Artus, professeur particulier à l'université d'Iéna. (*Journal für praktische chemie*, vol. VIII, cah. I. p. 63.)

Extrait par M. Vallet.

L'influence de la lumière sur certains produits des règnes organique et même inorganique est connue de tous les chimistes. La décoloration de la majeure partie des matières colorantes végétales, la coloration en jaune de l'acide nitrique pur concentré avec dégagement d'oxygène, la réduction des dissolutions d'or et d'argent, en sont des preuves frappantes. M. Wilibald Artus s'est assuré que cet agent exerce aussi une influence marquée sur l'iodure de mercure (protoiodure), obtenu soit par le mélange de mercure et de l'iode, soit par la voie humide, en précipitant une dissolution très-étendue d'un *protosel de mercure*, telle que celle du protonitrate acide, par une dissolution également étendue d'iodure de potassium. En effet, cet iodure, séché à l'abri de la lumière, paraît jaune ; exposé au contraire à la lumière solaire, il prend aussitôt une couleur olive foncée.

Pour déterminer de quelle manière cette transformation a lieu, et quelle en est la cause. une partie d'iodure altéré fut traitée par l'eau à l'aide de la chaleur. La liqueur obtenue n'indiqua, par aucun des réactifs appropriés, la présence de l'iode libre. Les traitemens par l'alcool et l'éther ne donnèrent non plus que des résultats négatifs. Le changement de couleur de l'iodure de mercure exposé à la lumière ne dépend donc pas de la mise en liberté de l'iode.

Une autre portion d'iodure de mercure fut mise humide dans un petit cylindre de verre, auquel fut adapté un tube, dont l'extrémité libre plongeait dans une cloche remplie d'eau ; tout l'appareil fut exposé pendant plusieurs jours à la lumière solaire, et on obtint ainsi une saveur piquante acide, et astringente, et se colorait en brun à l'air : chauffée avec l'oxide de manganèse, elle donna des vapeurs violettes d'iode ; mêlée avec la solution aqueuse de chlore, elle se troubla par la séparation de l'iode ; neutralisée par un peu de potasse, elle produisit dans les dissolutions des deutosels de mercure un précipité rouge écarlate d'iodide de mercure. Cette liqueur offrit donc les propriétés qui caractérisent principalement l'acide hydriodique.

Ainsi, il faudrait chercher la cause de la métamorphose chimique qu'éprouve à la lumière l'iodure de mercure :

1° Dans la décomposition de l'eau ;

2° Dans la facile oxidabilité du mercure, et par suite enfin

3° Dans la production de l'acide hydriodique.

On devrait donc considérer l'iodure de mercure exposé à la lumière comme une combinaison de protoxide de mercure et d'iodure de mercure.

Une autre portion, qui avait été préalablement desséchée à une chaleur douce au bain-marie, se montra à peu près indifférente à l'action de la lumière. Ce résultat prouve donc que cette métamorphose ne peut s'opérer qu'avec la présence de l'eau et le concours de la lumière. Il résulte toutefois, de tout ce qui précède, que l'on devrait, pour la préparation et la conservation de l'iodure de mercure, éviter le plus possible l'influence de ce dernier agent.

---

(1) Annalen der physik und chemie, vol. XXXII, pag. 03.

Sur un nouvel oxide semblable à celui du donium; **par M. Henry S. Boase, secrétaire de la société royale de géologie du Cornwall.**

(Records of generale science, juillet 1836.)

(Traduit par M. J. Girardin de Rouen.)

J'ai lu dans le dernier numéro du *Records* l'intéressant mémoire de M. Richardson sur l'oxide de donium, qu'il a récemment découvert dans la *davidsonite*. Si je ne me trompe, c'est précisément la même substance que j'ai découverte, et pour laquelle j'avais l'intention de proposer le nom de *treenium*, de Treene, lieu où elle a été trouvée.

J'aurais pu annoncer ma découverte au public, comme je l'ai fait pour quelques amis, en avril dernier; mais, avant de la faire connaître, je désirais terminer l'analyse du minéral, ce que pourtant je n'ai pu encore accomplir à ma satisfaction.

La substance que j'ai examinée contient une quantité considérable d'alumine, ou du moins d'une substance qui est soluble dans la potasse, précipitable de cette dissolution par le murirate d'ammoniaque, et qui donne des cristaux d'alun avec l'acide sulfurique et la potasse. Ce qui attira d'abord mon attention sur cette nouvelle substance, c'est qu'elle se dissolvait dans l'ammoniaque liquide, ce qui n'a jamais lieu pour l'alumine. Ensuite la couleur fauve pâle de l'alumine précipitée, et le changement de couleur qu'elle éprouvait par son exposition à l'air, en passant du blanc au brun, semblait indiquer la présence du fer ou du manganèse, que je ne pus cependant découvrir. Enfin, les quantités variables d'alumine obtenues me portèrent à examiner, non-seulement le liquide d'où l'alumine avait été séparée de la potasse au moyen du sel ammoniac, mais aussi celui dans lequel le sulfate d'alumine fut décomposé par un excès de carbonate d'ammoniaque, liquide qui renfermait une substance qui, dissoute dans l'acide nitrique et précipitée par l'ammoniaque, donnait un précipité passant rapidement du blanc au brun pâle. Je soupçonnai alors quelque chose d'extraordinaire, et l'addition de l'hydrosulfate d'ammoniaque décida la question, en donnant un précipité vert épais. Je me rappelai bientôt la beauté des cristaux d'alun qui étaient tronqués sur leurs angles et leurs arrêtes. Je répétai sur eux la même expérience, après les avoir décomposés et redissous dans la potasse, et le même phénomène se présenta. M. Richardson ne parle pas de ce fait, que le sulfure exposé à l'air humide sur un filtre passe du vert au blanc jaunâtre; et que la solution alcaline, retenant un peu de sulfure en dissolution, a une couleur d'un vert éclatant, qui subit le même changement en laissant déposer des flocons blanchâtres. Le précipité vert se dissout promptement dans l'acide nitrique avec dégagement d'hydrogène sulfuré; la solution concentrée à une douce chaleur a une couleur jaunâtre.

La potasse et l'ammoniaque donnent, dans cette solution, des précipités blancs passant au jaune; les carbonates de ces alcalis donnent aussi des précipités. Les alcalis purs redissolvent les précipités nouvellement formés, tandis que les carbonates ne les redissolvent qu'en partie. Le ferrocyanure de potassium produit une opalescence blanchâtre, mais la teinture de noix de galle ne fait naître aucun changement. Une lame de zinc se recouvre bientôt d'une couche d'un gris ardoisé, qui cependant n'augmente pas. Il se manifeste ensuite des flocons fauves, et si on concentre la liqueur, elle se prend en gelée, qui ne se dissout plus dans les acides. Le chlorure d'or est sans action.

L'oxide ou le nitrate, chauffé avec le chlorate de potasse, devient d'abord d'un brun foncé, et si le sel est en quantité suffisante, le résidu en se refroidissant prend une belle couleur de chair. Par le lavage, il reste une matière insoluble de la même couleur, qui se décompose bientôt avec effervescence et reprend une couleur brune. L'acide muriatique la rend blanche avec dégagement de chlore et l'acide nitrique la dissout avec production de gaz. C'est probablement un oxide plus oxygéné que l'oxide brun.

Tel est le résultat auquel je suis arrivé, lorsque je laissai là cet oxide en attendant un examen plus complet. Je déterminai la nature des autres composans du minéral. Parmi eux se trouve un acide organique d'une compostion très-complexe. Si mon oxide est le même que l'oxide de donium de M. Richardson, le nom qu'il a choisi devra être préféré à celui de *treenium* que je proposais, car à lui appartient l'honneur d'avoir fait connaître au public la nouvelle substance. J'espère cependant que cette petite note m'assurera, sinon l'avantage de la découverte, au moins celui d'y avoir participé.

L'alumine de mon minéral provient probablement de la décomposition du granite, et je suis persuadé que les granites rouges du district de *Land's-End* doivent renfermer le nouvel oxide. Peut-être même, en examinant de nouveau un grand nombre de minéraux, découvrira-t-on qu'on a confondu cet oxide avec l'alumine.

***Du* calagirah, *ou* calageri *de l'Inde, semence vermifuge, préférée au* semen contra; par J.-J. Virey.**

On nous a envoyé de Calcutta (Indes-Orientales) sous ces dénominations de *calageri* ou *calagirah*, une très-petite semence noire, amère, d'une odeur légèrement aromatique, contenant de l'huile volatile; sa forme est polygone, pointue à son extrémité inférieure.

Nous avons reconnu qu'elle appartient à une plante de la famille des composés corymbifères (*synanthérées* de H. Cassini), et de la syngénésie, polygamie superflue de Linné. C'est une herbe annuelle, s'élevant jusqu'à cinq pieds de hauteur, à tige droite, cylindrique, striée, pleine de moelle. Ses feuilles, alternes, ovales, lancéolées, sont pointues, dentées en scie. Des fleurs purpurines assez belles, portées sur de simples pédon-



cules, naissent au sommet de la tige; elles ont des écailles calycinales en languettes; les fleurons sont hermaphrodites (1).

Cette plante, qui jouit aux Indes-Orientales d'une grande célébrité par ses propriétés, a été classée dans le genre des *couyza*, L. Elle a été figurée par Van Rhéede (2), par Burmann (3), et décrite par Vaillant (4). On l'a cultivée au Jardin des Plantes de Paris, et l'on pourrait l'acclimater en France. C'est la *vernonia anthelmintica* de Willdenow (5), l'*ascaricida anthelmintica* de Cassini (6.)

En effet, cette plante amère a été vantée en décoction, soit à l'intérieur contre la goutte, soit en fomentations externes, contre les rhumatismes, etc.; mais c'est surtout sa graine pulvérisée qui passe pour le meilleur vermifuge contre les ascarides et vers lombrics des enfans. Elle est efficace aussi contre les coliques venteuses; prise en infusion; elle provoque les urines et sert contre la toux.

Comme elle est beaucoup moins désagréable à prendre que le *semen contra*, nous croyons qu'on devrait la lui substituer, avec d'autant plus davantage qu'elle peut-être naturalisée dans nos jardins. Mais il faut la garantir contre le froid comme les plantes d'orangerie.

Note sur les caractères distinctifs du quinquina calisaya; par M. Guibourt (7).

Dans la dernière séance de la Société de Pharmacie, j'ai présenté, de la de part M. A. Delondre, un quinquina en larges et grandes écorces plates qui ressemblent, jusqu'à un certain point, au quinquina calisaya, mais qui ne fournissent à la fabrication que deux gros de sulfate de cinchonine sans sulfate de quinine. A cette occasion je crois utile de rappeler les caractères propres au vrai quinquina calisaya.

Ce calisaya peut être pourvu de sa *croûte* extérieure ou en être privé, ce qu'on exprime dans le commerce par les dénominations de *calisaya en écorce* et de *calisaya mondé*. Le calisaya en écorce provient des jeunes branches ou des gros rameaux et du tronc. Dans le premier cas, la croûte est mince, très-rugueuse, dure, souvent grise à l'extérieur, mais *brune* à l'intérieur. Elle est profondément sillonnée longitudinalement et surtout transversalement; et lorsqu'elle se détache du liber, ce qui arrive souvent, elle y laisse des impressions en creux, transversales, répondant aux fissures de la partie enlevée. Par opposition aux caractères précédens, tout quinquina dont la croûte est lisse, non raboteuse, non marquée de nombreuses fissures transversales, n'est pas du vrai calisaya, et doit être réputé mauvais pour la fabrication du sulfate de quinine. On exclura de cette manière les jeunes écorces des quinquinas que j'ai décrits sous les noms de *Q. jaune orangé* ou de *Calisaya léger*, *Q. de Colombie*, *Q. blanc de Loxa*, *Q. Carthagène*, *et Q. de Cusco*.

Il est plus difficile d'exprimer par écrit les différences qui distinguent le jeune calisaya en écorce des quinquinas de Loxa et de Lima, et du jeune quinquina rouge non verruqueux. Cependant celui-ci se reconnaît facilement à la couleur rouge prononcée de son liber, et son prix est d'ailleurs trop élevé pour qu'il soit à craindre qu'on le substitue au calisaya. Quant aux deux autres, on les reconnaît à leur croûte plus uniformément et moins profondément crevassée, et à l'adhérence beaucoup plus grande de cette croûte avec le liber. Celui-ci est moins fibreux, plus compact, souvent à cassure nette et résineuse. Leur saveur est à la fois astrigente et amère, tandis que le calisaya a toujours une cassure très-fibreuse et un goût très-amer, peu astringent. Enfin, l'essai par le sulfate de soude, que j'ai indiqué, ne peut laisser aucun doute. Cet essai consiste à pulvériser grossièrement un peu de quinquina; on triture la poudre dans un mortier de porcelaine, avec de l'eau, de manière à en former une bouillie liquide, et on jette le tout sur un filtre. En ajoutant quelques cristaux de sulfate de soude purifié dans la liqueur filtrée, on produit un précipité blanc abondant avec le quinquina calisaya, tandis qu'aucun quinquina gris n'offre cette propriété.

Lorsque le quinquina calisaya provient des gros rameaux de l'arbre ou du tronc, sa croûte se présente plus épaisse, et offre quelquefois près d'un pouce. Elle est encore plus rugueuse et plus profondément crevassée; néanmoins les crevasses ne pénètrent pas jusqu'au liber, qui n'offre plus les impressions circulaires que l'on remarque sur les jeunes écorces. Cette croûte est formée de lames superposées *d'un brun foncé*, renfermant entre elles une substance pulvérulente *rougeâtre*, entremêlée de fibres blanches. Il faut remarquer ici que la couleur des lames est plus foncée que celle de la matière pulvérulente interposée, parce que ce caractère distingue le calisaya en grosses écorces non mondées de tous les autres. Ainsi le quinquina rouge non verruqueux en grosses écorces à part la couleur rouge de son liber, ressemble étonnamment au gros calisaya non mondé; mais la croûte est formée de lames *grises* qui renferment une matière pulvérulente *d'un rouge*

---

(1) *Conyza foliis lanceolato-ovatis, serratis, scabris, pedunculis unifloris, calycibus squarrosis.*

(2) *Hortus malabar.*, tom. 2, p. 39, planche 24. *Cattuschiragam* des Hindous.

(3) *Thesaurus zeylanic.*, p. 210, tab. XCV.

(4) *Mém. acad. sc. Paris*, an 1719.

(5) Cultivée en orangerie, sous ce nom, au Jardin des Plantes; elle fleurit en septembre.

(6) Ce genre a été adopté aussi par M. Decandolle, *Prodr.*, tom. 5.

(7) On devrait écrire *colisalla*, comme l'avait déjà remarqué Laubert dans le *Bulletin de Pharmacie*, t. II, p. 302. Il n'existe pas de province du Pérou nommée *calisaya*, qui ait donné son nom à l'écorce, comme on l'a cru sur la foi d'un célèbre voyageur. Suivant le docteur Pœpping dont je publierai probablement bientôt en français le mémoire sur les quinquinas de huanuco, *colla* veut dire remède, et *salla* terre pleine de rochers.

vif, et le quinquina présenté par M. A. Delondre, qui est une sorte de *quinquina de Colombie ligneux*, est pourvu d'une croûte formée de *lames blanches et micacées*, renfermant une matière pulvérulente *rouge*, et là où la matière rouge pulvérulente manque, le liber est seulement couvert d'une légère couche blanche micacée, unie et sans aucune fissure. Ce quinquina doit être signalé aux pharmaciens, parce que des gens habiles, qui ont la prétention de passer pour d'honnêtes gens, le teignent en rouge, soit par un faible soluté alcalin, soit avec infusion de bois de teinture, et le font passer pour du quinquina rouge. Nous en avons vu de pareil cette année chez un certain nombre de pharmaciens.

Il me reste à parler du quinquina calisaya mondé. Le meilleur est celui qui est roulé, compacte et pesant. Celui qui est en grandes écorces plates est inférieur en qualité. Toujours, d'ailleurs, ce quinquina est très-fibreux, d'une texture uniforme et d'une teinte fauve partout. Sa surface externe est anguleuse, ou comme comprimée en différens sens. Tout quinquina qui offre une texture plus fibreuse à l'intérieur qu'à l'extérieur, qui presente deux couleurs tranchées, une blanchâtre à l'intérieur, et une plus rouge ou rosée vers l'extérieur; enfin, tout quinquina qui présente une surface extérieure bien cylindrique, unie, non déformée, est suspect. Cependant un tel quinquina peut être très-actif comme médicament, et peut contenir beaucoup d'alcali, tels sont ceux justement estimés que j'ai décrits sous les noms de *quinquina jaune orangé* et de *quinquina de la Colombie* (*Hist. abrég. des drog. simpl.*, n°s 489 et 490); mais cet alcali est en grande partie de la cinchonine, et ces écorces ne valent rien pour la fabrication du sulfate de quinine.

Je termine cette note par un passage tiré d'une lettre de M. Christison, professeur de matière médicale à Edimbourg, dont la publication pourra plaire aux amis des sciences naturelles :

« Vous êtes arrivé depuis longtemps, je n'en doute pas, à la conclusion que, malgré les voyages de plusieurs savans, nous n'avons encore que des données très-peu positives sur l'espèce qui fournit le quinquina le plus estimé, et vous pensez peut-être comme moi que les naturalistes se sont quelquefois trop confiés à leurs collecteurs de plantes. Un jeune botaniste accompli, élève de M. Williams Hooker de Glascow, nommé Gardiner, vient de partir pour l'Amérique du Sud, et compte rester longtemps dans les forêts de quinquinas. J'ai eu occasion de causer avec lui avant son départ, et je l'ai fortement engagé à ne pas se confier aux échantillons obtenus de seconde main. Il a promis de récolter lui-même toutes sortes d'échantillons botaniques et d'écorces, et de faire des recherches si complètes à ce sujet, qu'il lui faudra bien arriver à des résultats certains. Il s'est engagé à nous faire connaître *ses progrès* par l'intermédiaire de M. Hooker, et j'aurai grand plaisir à vous les communiquer. Il est peut-être bon d'ajouter que M. Gardiner se propose de se défrayer de son excursion, en fournissant d'échantillons les cabinets de naturralistes et à un prix très-modéré. De sorte que, s'il y a à Paris quelque personne ou quelque société qui désire s'en procurer, le voyage de M. Gardiner leur fournira une excellente occasion. Je crois que le prix sera de six pences pour toute espèce de plante de l'Amérique du Sud indistinctement. »

Examen de cristaux observés à la surface de deux calculs urinaires; par M. Sarzeau de Rennes.

Je fus chargé ces temps derniers d'examiner la collection de calculs qui est déposée au cabinet d'anatomie de Rennes; cette collection dépasse le nombre de deux cents, elle m'a mis à même de faire les observations que j'ai l'honneur d'adresser à la société.

Un calcul du poids de 8^{gr} 60 est hérissé de cristaux, qui sont des rhomboïdes très-aplatis; ils ont souvent quatre millimètres de longueur sur deux de hauteur; ils sont transparens, colorés en brun, et implantés sur une masse mamelonnée brune. Quelques-uns ont été soumis aux essais suivans : Ils sont insolubles à l'eau et dans les alcalis caustiques que n'en dégagent qu'une trace d'ammoniaque. L'acide nitrique les dissout lentement sans effervescence et l'ammoniaque en précipite une poudre blanche. Pulvérisée, puis traitée par une solution bouillante de sous-carbonate de potasse, la poudre devient effervescente avec les acides, et la liqueur alcaline, saturée par un excès d'acide nitrique laisse précipiter des cristaux de quadroxalate de potasse. Sur la feuille de platine, ils répandent l'odeur de corne brûlée; les cendres sont volumineuses, phosphorescentes, ne donnent point la réaction de la magnésie avec le nitrate de cobalt. Les cristaux chauffés au rouge laissent une cendre effervescente; portée au rouge blanc elle devient caustique; la solution très-acide précipite sensiblement par l'ammoniaque en excès, et la liqueur ammoniacale précipite abondamment par l'acide oxalique. Ces cristaux sont ainsi de l'oxalate de chaux, qui retient, comme l'oxalate de chaux, des calculs muraux, un sel ammoniacal, une matière animale et du phosphate de chaux : c'est enfin le calcul mural cristallisé. Quant à la masse qui supporte les cristaux, elle offre les mêmes caractères. Ce calcul a été extrait de la vessie d'un enfant d'environ quinze ans.

Un autre calcul du poids de 7,76 est recouvert de cristaux blancs, transparens, assez volumineux, et de formes différentes; les uns sont des rhomboïdes aplatis, les autres des tétraëdres. Quelques-uns de ces cristaux détachés, puis pulvérisés, ont donné lieu à un dégagement abondant d'ammoniaque par la potasse caustique. Sur la feuille de platine ils répandent l'odeur de matières animales, laissent une cendre blanche effervescente avec les acides. La solution très-acide précipite sensiblement par l'ammoniaque, et la liqueur ammoniacale précipite ensuite par l'acide oxalique. Les cendres, exposées à un bon feu, se frittent, et le nitrate de cobalt y produit la réaction de la magnésie. Ces cristaux sont donc de l'oxalate de chaux et du phos-

phate ammoniaco-magnésien. Par les expériences faites sur le premier calcul, nous avons reconnu que les cristaux rhomboédriques étaient de l'oxalate de chaux ; la forme tétraédrique reste ainsi pour le phosphate ammoniaco-magnésien.

Dans leur grand travail sur les calculs, Fourcroy et Vauquelin observèrent dans quelques cavités calculeuses des cristaux rhomboidaux, des lames carrées, qu'ils ne purent isoler, et qu'ils pensèrent être du phosphate ammoniaco-magnésien. M. Berzélius a vu depuis de très-petits calculs qui donnaient lieu à une agrégation très-solide, à arêtes tranchantes. Personne, que je sache, n'ayant encore observé d'aussi belles cristallisations, cela m'engage à faire connaître cette note.

Extrait d'une lettre de M. le professeur Christison *d'Edimbourg, à M.* Robiquet.

Je compte vous envoyer un long mémoire sur l'origine et la composition de la gomme gutte. Je suis aidé d'un collaborateur très-intelligent, ou mieux d'une collaboratrice, qui est la dame d'un colonel de Ceylan. Moi et mon collègue le docteur Graham, nous avons bien démontré que la gomme gutte de Ceylan (qui ne vient jamais en Europe que pour des personnes curieuses comme moi) est identique, quant à sa composition, avec la gomme gutte de Siam, que l'on trouve dans le commerce; et que la plante de Ceylan, que Murray de Sottingen déclara, d'après les manuscrits et plantes sèches de Kœnig, devoir produire la vraie gomme gutte, et qu'il désignait sous le nom de *stalagmitis gambogioides*, n'est pas la déduction correcte, bien qu'elle soit adoptée par toutes les pharmacopées et pharmacologistes ; et que la gomme gutte de Ceylan est le produit du *garcinia morella* de Decandolle, ou le *mangostana morella* de Gærtner et Lamarck ; mais que cette plante présente de tels caractères, que les botanistes seront obligés de lui établir un autre genre dans l'ordre naturel des guttifères. Il est assez curieux que l'examen des échantillons primitifs de Kœnig, d'où Murray tira sa description, et qui sont encore à la société botanique linnéenne de Londres, ait mené à la découverte singulière que ces échantillons sont falsifiés, plusieurs organes importans étant collés sur les branches avec de la gomme; combien il y en a, c'est ce que je ne puis affirmer.

J'ai aussi un autre mémoire presque terminé sur les variétés et falsifications des scammonées, avec des détails sur sa composition. Je crois vous avoir dit dans ma dernière lettre que je m'en occupais. J'ai eu depuis occasion d'examiner plus ou moins bien trente différentes scammonées, et j'en ai analysé dix-huit. Je crois que les détails donnés par les pharmacologistes des caractères externes et de la composition chimique de le scammonée ne peuvent s'appliquer à la scammonée qui est répandue dans le commerce à présent, probablement parce que les fabricans ont changé leur mode de préparation à mesure que la vente augmentait. Une chose sûre, c'est que la scammonée pure est tellement rare, qu'à Londres même, où d'après mon avis la majeure partie arrive, il ne fut pas possible d'en trouver un échantillon pur pendant l'espace d'un an.

EXTRAIT DU PROCÈS-VERBAL.

De la séance de la Société de Pharmacie, 5 *octobre* 1836.

PRÉSIDENCE DE M. DIZÉ VICE-PRÉSIDENT.

M. Robiquet lit une lettre de M. Christison d'Edimbourg, dans laquelle il annonce à la société qu'il s'occupe d'un travail étendu sur la gomme gutte, et sur les variétés, les falsifications et la composition des scammonées.

La société reçoit une note de M. Guibourt, sur le quinquina calisaya.

Une lettre de M. Sarzeau de Rennes, sur des cristaux d'oxalate de chaux qu'il a observés à la surface de deux calcules urinaires.

Le Journal de Santé.

Le recueil des travaux de la société libre d'agriculture, des sciences et des arts du département de l'Eure.

Une brochure de M. Girardin de Rouen, sur les falsifications du rocou, et une autre du même auteur, ayant pour titre: troisième rapport sur le papier de sûreté de M. Mozart.

La Gazette éclectique de Vérone, renvoyée à M. Chéreau.

Les Annales des Mines, renvoyées à M. Soubeyran.

Le discours prononcé à la séance anniversaire de la société médico-botanique de Londres, par le président de cette société.

Le recueil des Mémoires de la société d'agriculture et des arts de Seine-et-Oise, renvoyé à M. Moutillard.

Le Journal de Pharmacie.

Le Journal de la société de pharmacie de Lisbonne, accompagné d'une lettre du premier secrétaire de la société. M. Lodibert est chargé de faire un rapport sur ce journal.

M. Robiquet rend compte des séances de l'Institut.

M. Pelouse lit une note de M. Malagutti, sur les éthers pyrocitrique et pyromucique.

M. Soubeyran offre à la société un formulaire magistral rédigé par une commission à l'usage des hôpitaux civils de Paris.

M. Chéreau lit un rapport favorable sur les ouvrages de M. Antonio Picciosi de Florence.

ANNALES

DE

CHIMIE ET DE PHYSIQUE.

JUIN 1836. (SUITE.)

Troisième Mémoire sur l'Electricité voltaïque (1); par M. Auguste de La Rive (2).

Les deux premiers Mémoires (3) ont été consacrés à montrer qu'il faut toujours, pour produire de l'électricité, soit à l'état de *courant*, soit à l'état de *tension*, une action *physique, mécanique* ou *chimique*. J'ai cherché à prouver que le contact seul de deux substances hétérogènes ne peut être par lui-même une source d'électricité. Il nous resté maintenant à établir la théorie par laquelle on peut rendre compte du développement d'électricité qui a lieu dans le pile de Volta, développement qu'on attribuait en général au contact.

Mais avant d'aborder ce point, qui doit faire l'objet de cette troisième partie de mon Mémoire, je chercherai à répondre à quelques objections qu'on a présentées contre les conséquences que j'avais tirées des faits exposés dans les deux premières parties. La discussion de ces objections, dont je n'examinerai que les plus importantes, devient un préliminaire indispensable du sujet que j'ai essentiellement en vue de traiter, savoir la théorie de la pile voltaïque.

Exposé des principes qui servent de réponse aux objections présentées contre la théorie purement chimique de l'électricité voltaïque.

Depuis la publication des deux premières parties de mon Mémoire, plusieurs physiciens se sont occupés de recherches relatives à l'électricité voltaïque. Les uns ont combattu, les autres ont admis les conséquences que j'avais cru pouvoir tirer de mes expériences. Parmi les premiers se trouvent M. Pfaff, que j'ai déjà cité comme ayant cherché à démontrer que le contact de deux métaux hétérogènes développe de l'électricité, lors même qu'il a lieu dans des milieux qui n'exercent aucune action chimique, ni sur l'un, ni sur l'autre des deux métaux (1); M. Marianini, qui a eu surtout en vue de prouver que la théorie chimique de la pile est insuffisante et incomplète, et que la distribution de l'électricité dans cet appareil ne peut être convenablement expliquée que par la théorie électro-motrice de Volta (2). Je dois aussi rappeler que M. Becquerel, sans se prononcer aussi fortement que les deux physiciens que j'ai déjà nommés, a cru que la question n'était pas complétement résolue, et a signalé à l'attention des savans quelques faits qui lui ont paru contraires à l'idée que le simple contact n'est en aucun cas, par lui-même, une source d'électricité (3). Enfin dernièrement M. Peltier a communiqué à l'Académie des Sciences de Paris quelques recherches qui lui ont paru démontrer que le zinc en contact avec le cuivre, développe une électricité de tension sensible, lors même qu'il n'éprouve aucune espèce d'action chimique (4). Ce physicien estime qu'il faut, dans l'électricité voltaïque, distinguer la production de l'électricité dynamique ou du courant électrique, qu'il attribue exclusivement à l'action chimique, du développement de l'électricité de tension dont il croit que le contact est seul la source.

Mon attention a été nécessairement attirée fortement par les travaux que je viens de rappeler, et par d'autres encore du même genre. J'ai répété la plupart des expériences faites par les physiciens que j'ai nommés plus haut, et j'ai trouvé qu'elles étaient parfaitement exactes. Mais en les examinant de près, en cherchant à les étudier dans leurs plus petits détails, je me suis assuré qu'elles n'étaient pas contraires aux principes que j'avais exposés, et qu'on ne pouvait pas en tirer d'argumens valides contre la théorie que j'avais présentée.

Je n'essaierai pas de retracer ici toute la série des faits qui m'ont conduit à ce résultat; je me bornerai à énoncer les principes qui me semblent pouvoir mainte-

(1) Cette troisième partie a été lue à l'Académie des Sciences de Paris le 22 juillet 1834, et à la Société de Physique et d'Histoire naturelle de Genève le 16 avril 1835. Il a été fait depuis ces deux époques quelques légères additions.

(2) Des extraits ou analyses des deux premiers mémoires de M. de La Rive ont déjà été publiés dans ces Annales. (*N. du R.*)

(3) *Mémoires de Physique et d'Histoire naturelle de Genève*, t. IV, p. 285, et t. VI, p. 149.

(1) *Annales de Physique et de Chimie*, t. XLI, p. 236.

(2) *Annales de Physique et de Chimie*, t. XLV, p. 113.

(3) *Annales de Chimie et de Physique*, t. XLVI, p. 266, et t. LX, p. 164.

(4) Institut, n° 133, 1835.

nant rendre compte, d'une manière satisfaisante, du développement de l'électricité dans un couple voltaïque, et je chercherai en même temps à répondre aux objections qu'on a mises en avant contre ces principes.

1er *Principe.* « Lorsque deux corps hétérogènes en » contact sont placés dans un liquide ou dans un gaz » qui exerce une action chimique sur tous les deux, ou » seulement sur l'un d'eux, il y a développement d'é- » lectricité. »

2e *Principe.* « Lorsque les deux corps en contact » n'éprouvent aucune action chimique de la part du » gaz ou du liquide dans lequel ils sont placés, il n'y » a aucun développement d'électricité, dans le cas du » moins où il n'y a non plus aucune action calorifique » ou mécanique. »

3e *Principe.* « L'électricité développée par l'action » chimique n'a point, dans tous les cas et sous toutes » les formes, une intensité proportionnelle à la vivacité » de l'action chimique qui la produit; deux circon- » stances principales peuvent modifier cette intensité, » savoir, la recomposition immédiate en plus ou moins » grande proportion des deux principes électriques, et » la nature particulière de l'action chimique qui déve- » loppe l'électricité. »

Je ne m'étendrai pas sur le principe que toute action chimique est accompagnée d'un développement d'électricité ; ce principe est actuellement généralement admis, et d'ailleurs je l'ai précédemment exposé avec assez de détails pour qu'il soit inutile d'y revenir de nouveau. Mais ce qu'on ne saurait trop répéter, c'est que la plus faible action chimique suffit pour développer une quantité extrêmement considérable d'électricité, ainsi qu'on peut s'en assurer lorsque l'expérience se fait dans des circonstances qui permettent de recueillir facilement la totalité, ou du moins la plus grande partie de l'électricité développée. On a trop souvent confondu l'électricité développée avec l'électricité perçue, et cette remarque nous amène à dire immédiatement quelques mots de l'une des circonstances que nous avons signalées dans l'énoncé du troisième principe.

Quand une substance, un métal par exemple, est plongée dans un milieu liquide ou gazeux, qui l'attaque, il y a développement d'électricité positive qui passe dans le milieu attaquant, et d'électricité négative qui reste dans le corps attaqué. Ces deux principes, ainsi séparés, tendent à se réunir en vertu de leur attraction mutuelle, et cette réunion immédiate a lieu d'autant plus complétement, que la substance attaquée et le milieu attaquant sont meilleurs conducteurs, et surtout que la transmission de l'électricité de l'un à l'autre est plus facile. Il en résulte donc une limite dans la tension électrique que les deux corps qui agissent l'un sur l'autre peuvent acquérir ; limite qui dépend de la nature relative de ces corps. Cette recomposition du fluide électrique naturel, qui accompagne d'une manière presque simultanée sa décomposition, a paru inadmissible à quelques physiciens, et notamment à MM. Pfaff et Marianini ; ils ne peuvent comprendre que la cause qui opère la séparation des deux électricités, ne s'oppose pas en même temps à leur neutralisation immédiate. Cependant, ainsi que nous venons de l'exposer, cette recomposition en plus ou moins grande proportion, est une conséquence toute naturelle de la manière dont a lieu le développement de l'électricité dans les actions chimiques ; et d'ailleurs, il est une conséquence forcée du fait que la tension électrique produite par ces actions a une limite qu'on atteint immédiatement. S'il n'y avait pas recomposition des deux électricités, pourquoi ces électicités ne seraient elles pas sensibles, et que deviendraient-elles pendant toute la durée d'une action chimique, plus ou moins prolongée, qui ne doit pas cesser de les développer? D'ailleurs on a des preuves directes de cette recomposition immédiate dans plusieurs phénomènes, et notamment, ainsi que je l'ai montré, dans la décomposition de l'eau et la production abondante du gaz hydrogène qui a lieu lorsqu'on plonge du zinc ou du fer dans l'acide sulfurique étendu.

Il est un moyen bien simple de montrer que c'est à cette recomposition qu'on doit attribuer le peu d'intensité de la tension électrique dans des cas où cependant l'action chimique est très-vive. S'agit-il d'un liquide? Au lieu de le faire agir à froid sur un métal, cas dans lequel on n'obtient qu'une tension très-faible, versez-en quelques gouttes sur le métal fortement chauffé; les gouttes attaquent la surface, mais elles s'évaporent immédiatement, emportant avec elles l'électricité positive dont elles se sont chargées et qui, si le liquide ne s'était pas évaporé et était resté en contact avec le métal, auraient neutralisé l'électricité négative de ce métal ; tandis que, au contraire, celle-ci ainsi libérée se trouve en assez grande proportion pour que sa présence puisse être accusée sans condensateur et pour pouvoir même produire des étincelles.

S'agit-il d'un gaz? Quoiqu'ici la recomposition des deux principes électriques soit bien moins facile, à cause de la conductibilité imparfaite de cette classe de corps, néanmoins il y a toujours une recomposition partielle à la surface de contact. Pour l'éviter, ou tout au moins pour l'atténuer, au lieu de faire agir le gaz en le laissant en contact avec le corps dont il attaque la surface, il n'y a qu'à le mettre en mouvement, en le faisant passer, par exemple, dans l'intérieur d'un tube métallique isolé sur lequel il puisse exercer une action chimique. Celui-ci se charge alors d'une forte dose d'électricité négative, et le gaz lui-même abandonne à un tube de platine, à travers lequel on le fait passer ensuite, l'électricité positive qu'il a emportée. Des essais en assez grand nombre, faits avec différens métaux et avec différens gaz, m'ont tous donné des résultats analogues ; mais je me suis assuré que, lors même que le gaz est en mouvement, il faut éviter, pour obtenir des signes électriques bien prononcés, que l'action chimique soit trop vive, car alors la recomposition immédiate ferait disparaître une grande partie des électricités libres. L'expérience m'a toujours bien réussi en faisant circuler un mélange de chlore et d'air atmosphérique à tra-

vers un tube de cuivre dont les parois étaient très-minces. Il faut avoir soin de dessécher le gaz et de lui enlever, en le faisant passer à traver un tube de platine en communication avec le sol, l'électricité positive qu'il emporte toujours en s'échappant de la source qui le produit.

On peut s'assurer facilement que ce n'est pas au frottement du gaz contre les parois du tube qu'est due l'électricité développée; car on n'obtient aucun signe électrique en se servant d'un gaz qui, tel que l'hydrogène, l'acide carbonique, etc., n'exerce aucune action chimique sur la face du tube métallique.

Indépendamment de la circonstance sur laquelle je viens d'insister, j'en ai indiqué plus haut une autre à laquelle il faut avoir égard dans le développement de l'électricité par les actions chimiques; c'est la nature particulière de ces actions. Toute combinaison et toute décomposition est accompagnée d'un dégagement d'électricité, mais l'intensité de l'électricité dégagée ne dépend pas seulement de la rapidité avec laquelle la combinaison ou la décomposition s'opèrent, ou en d'autres termes, de la vivacité de l'action chimique; mais aussi de la nature relative des élémens qui forment la combinaison, ou qui sont séparés dans l'acte de la décomposition. Ainsi, par exemple, un atome de zinc dégage une électricité plus intense en se combinant avec un atome d'oxigène, qu'en se combinant avec un atome de chlore; un atome d'oxigène dégage aussi une électricité plus intense en se combinant avec un atome de zinc qu'en se combinant avec un atome de cuivre. On conçoit dès lors que telle action chimique, en apparence moins vive qu'une autre, puisse cependant donner lieu à un développement d'électricité plus intense. Je ne m'étendrai pas ici sur ce point particulier, que je développerai plus tard, et sur lequel j'ai déjà publié quelques détails dans une lettre adressée à M. Arago, et insérée dans le numéro de janvier 1836 des *Annales de chimie et de Physique*. Je me bornerai à remarquer que de nouvelles recherches faites depuis l'époque à laquelle j'ai écrit à M. Arago, ont continué à me prouver l'exactitude des résultats que j'avais déjà obtenus, savoir : 1° que l'intensité du courant électrique, développé par la combinaison de deux atomes, est bien en rapport avec le degré d'affinité qui unit ces atomes; 2° que les courans électriques qui proviennent d'actions chimiques de diverses natures, non-seulement diffèrent en intensité dynamique, mais aussi possèdent, les uns par rapport aux autres, des propriétés bien différentes.

Ainsi donc, les deux circonstances que je viens de signaler, celle de la recomposition immédiate des deux électricités, et celle de l'influence de la nature particulière de l'action chimique sur l'intensité de l'électricité produite, expliquent très-bien comment il se fait que les actions chimiques les plus vives ne soient pas toujours celles qui donnent naissance aux effets électriques les plus intenses, surtout lorsqu'il s'agit d'électricité de tension, cas dans lequel la première circonstance exerce une influence très-considérable. On comprend donc pourquoi j'ai insisté sur ces deux circonstances qui fournissent une réponse parfaitement satisfaisante à l'une des objections les plus fortes et le plus souvent répétées contre la théorie chimique : on remarquera aussi que ce n'est que sous ce point de vue que je les ai envisagées, me réservant, surtout en ce qui concerne la dernière, de les traiter isolément d'une manière plus complète.

Après avoir montré que l'électricité développée dans les actions chimiques ne doit pas avoir nécessairement une intensité qui soit toujours en rapport avec la vivacité de ces actions, examinons encore un instant s'il est possible d'obtenir des effets électriques par le simple contact sans le secours d'une action chimique, calorifique ou mécanique.

Il est un fait que j'ai déjà signalé dans la seconde partie de ce Mémoire, et sur lequel je ne saurais trop insister, car il fournit l'explication du développement de l'électricité dans l'un des cas où l'on a attribué ce développement au contact. Ce fait, qu'il est facile de constater, c'est la promptitude avec laquelle la surface de la plupart des métaux se ternit quand elle est exposée à l'air, même le plus sec en apparence. Pour s'en assurer, on n'a qu'à décaper, au bout de quelques jours, une portion de la surface métallique qu'on avait eu soin de bien polir, et comparer au reste cette partie fraîchement décapée; la formation d'une légère pellicule d'oxide devient ainsi bien visible. On peut aussi démontrer l'existence de cette pellicule par la nature de l'électricité que prennent, en étant frottées avec un corps étranger, les surfaces métalliques oxidables; c'est ce que j'ai fait voir dans la seconde partie du Mémoire. Il est très-difficile de se mettre à l'abri de cette action chimique, surtout lorsqu'il s'agit de métaux très-oxidables, tels que le zinc; même dans le vide et dans les gaz les mieux desséchés, on découvre au bout de quelques jours, sur la surface de ces métaux, des traces d'oxidation. Une couche mince de vernis ne suffit pas pour empêcher cette oxidation; l'action paraît s'exercer au travers des pores que l'alcool en s'évaporant détermine dans la couche. C'est à cette circonstance qu'on doit, je crois, attribuer l'électricité que M. Becquerel, et plus tard M. Peltier, ont réussi à développer en se servant de plateaux de zinc recouverts de vernis à la gomme laque. Je me suis assuré, en effet, qu'en donnant à la couche de vernis une épaisseur successivement croissante, les signes électriques allaient continuellement en s'affaiblissant, et finissaient par disparaître entièrement; il fallait, pour obtenir ce dernier résultat négatif, que l'épaisseur de la couche fût telle que l'accès de l'air sur la surface métallique fût impossible. Si je cite ce fait dont j'ai déjà parlé, c'est que quelques physiciens, notamment M. Becquerel, ont cru que c'était également sur les deux surfaces du plateau de zinc donc je faisais usage, et qui était lui-même partie intégrante d'un condensateur, que j'augmentais successivement l'épaisseur de la couche de vernis, et ils ont attribué à une diminution dans la force condensante de l'appareil, la différence que j'avais obtenue dans l'intensité des effets. Mais ce n'est que sur la partie extérieure du plateau, la seule qui fût en contact avec l'air, que

j'avais eu soin d'augmenter l'épaisseur de la couche de vernis: la surface intérieure qui s'appliquait sur l'autre plateau du condensateur, était recouverte d'une couche de vernis excessivement mince à laquelle je ne fis éprouver aucun changement. Il en résulte que l'objection que j'ai rappelée, et qui aurait été fondée dans la supposition d'une épaisseur plus grande donnée à la couche de vernis appliquée à la surface intérieure, ne peut plus subsister dès qu'il n'y a eu aucune altération apportée à l'épaisseur de cette couche.

Mais, en admettant l'existence d'une action chimique exercée sur les surfaces métalliques par l'oxigène de l'air ou par tout autre gaz, dans les cas même où l'on a cherché à s'en préserver, on peut se demander comment cette action, qui dans ces cas, si elle existe, est tout au moins très-lente et très-faible, peut produire des effets électriques presque instantanés.

Pour répondre à cette objection, il faut remarquer que ces signes électriques sont toujours très-faibles, puisqu'on a besoin d'un condensateur puissant pour les découvrir. De plus, on ne doit pas oublier que les actions chimiques, en particulier l'oxidation, développent une électricité d'une intensité prodigieuse; en effet, d'après un calcul de M. Faraday, fondé sur des données positives, il suffit de l'oxidation d'un grain de zinc pour produire plus d'électricité qu'il n'y en a de mise en jeu dans le coup de tonnerre le plus fort. D'ailleurs quand il s'agit de l'action du gaz, surtout d'un gaz sec, l'absence presque totale, dans ce cas, de recomposition immédiate des deux fluides, fait que la plus faible dose d'électricité devient sensible. Enfin l'observation montre que la production de l'électricité qui accompagne l'action chimique presque imperceptible d'un gaz sec sur une surface métallique, n'est pas toujours instantanée, et qu'il faut souvent un temps plus ou moins long pour que le condensateur se charge.

Ces deux dernières remarques expliquent aussi le dégagement d'électricite que M. Becquerel a obtenu en plongeant dans de l'eau très pure, soit deux lames, l'une de platine, l'autre d'or formant un couple, soit un couple composé d'un cristal de peroxide de manganèse et d'une plaque de platine (1). Le courant instantané qu'il pouvait produire au moyen de ces couples, et dont il ne découvrait la présence qu'avec le secours d'un galvanomètre très-sensible, n'était développé qu'autant que les substances formant le couple étaient demeurées plongées dans l'eau sans communication entre elles, pendant cinq ou six minutes au moins. La très-légère action chimique de l'eau, soit sur l'or, soit sur le peroxide de manganèse, ne pouvait produire d'effet électrique appréciable qu'autant qu'elle avait duré pendant un certain temps, et l'imparfaite conductibilité de l'eau permettait l'accumulation de la petite quantité d'électricité développée, en empêchant la recomposition immédiate des deux principes électriques. L'intensité un peu plus considérable du courant produit avec le peroxide de manganèse, provenait soit de ce que l'imparfaite conductibilité de ce minéral s'ajoutait à celle de l'eau pour empêcher la recomposition immédiate, soit de ce que l'action de l'eau était un peu plus forte sur le peroxide de manganèse que sur l'or.

L'explication qui précède est la seule que l'on puisse donner des faits observés par M. Becquerel, que je viens de rappeler; car dans la théorie du contact la production de l'électricité devrait être instantanée. Il est vrai que cette explication repose sur la supposition d'une action chimique exercée par l'eau, soit sur l'or, soit sur le peroxide de manganèse, action excessivement faible puisqu'elle ne donne que des courans presque imperceptibles, et qu'il faut même qu'elle dure assez longtemps pour pouvoir développer des courans. Or, est-il absurde d'admettre l'existence d'une semblable action? Il nous semble qu'on peut répondre négativement. En ce qui concerne l'or, on remarque, en effet, que l'eau renferme toujours de l'air, et par conséquent de l'oxigène; que l'or se ternit légèrement quand, après l'avoir fraîchement décapé, on le laisse pendant quelque temps soit dans l'air, soit dans l'eau. En ce qui concerne le peroxide de manganèse, on peut se convaincre que l'eau agit sur lui, soit par la formation d'un hydrate, soit par la désoxidation. Il suffit même de l'humidité de la main pour produire un semblable effet; et c'est ce qui explique comment le platine et le peroxide de manganèse dégagent par leur contact de l'électricité de tension quoique ces deux substances ne paraissent, ni l'une ni l'autre, devoir éprouver l'action chimique de la part des milieux environnans. Ce qui prouve que le contact n'entre pour rien dans ce phénomène, c'est qu'on peut charger le condensateur d'électricité positive en plaçant le peroxide de manganèse sur une lame mince de bois ou sur une simple feuille de papier, et en le touchant avec le doigt humide ou avec une solution légèrement acide. Si le corps attaqué, qui est ici le peroxide de manganèse, prend dans ce cas l'électricité positive et donne au corps attaquant l'électricité négative, c'est que dans cette action chimique le peroxide de manganèse joue le rôle d'acide par rapport à l'eau, et que lorsque l'eau est acidulée, la désoxidation du peroxide donne une électricité contraire à celle que produit l'oxidation. Je n'entrerai pas pour le moment dans plus de détails sur la liaison qui existe entre la nature des actions chimiques et celle de l'électricité que ces actions développent; ce point particulier est d'ailleurs étranger au sujet que j'ai essentiellement pour but de traiter dans ce Mémoire, savoir la nécessité d'une action chimique, au défaut d'autres actions, pour que le contact de deux corps hétérogènes soit une source d'électricité.

Avant de passer à la théorie de la pile proprement dite, je reviendrai encore un instant sur le principe que, deux corps étant en contact, si ni l'un ni l'autre n'éprouve d'action chimique, il n'y a pas développement d'électricité. J'ai déjà cité dans les deux premières parties de ce Mémoire plusieurs faits à l'appui de cette assertion; il en est un sur l'exactitude duquel M. Maria-

(1) *Annales de Chimie et de Physique*, t. LX, 164.

nini a jeté quelque doute, c'est l'absence de tout courant électrique avec un couple or et platine plongé dans l'acide nitrique. Je ne puis m'expliquer la production du courant électrique qu'a obtenu M. Marianini dans ce cas, qu'en supposant qu'il ne faisait pas usage de substances parfaitement pures; en particulier il lui était peut-être difficile à Venise, si près de la mer, de pouvoir se procurer de l'acide nitrique complétement dépouillé d'acide hydrochlorique; il n'est pas non plus très-facile d'avoir de l'or entièrement dégagé de tout alliage; or il suffit de la plus légère impureté dans l'or ou dans l'acide pour avoir un courant électrique. Quant à moi, j'ai de nouveau essayé l'expérience en prenant toutes les précautions possibles, et elle m'a constamment donné un résultat négatif. J'ajouterai que lorsque je la fis pour la première fois, ce fut en 1828, chez M. Lebaillif, en me servant des appareils si délicats et des substances parfaitement pures que possédait cet amateur zélé des sciences. Je ferai remarquer encore que cette expérience donna aussi dans le même temps un résultat analogue à M. Becquerel, qui montra à cette occasion que l'or et le platine ne dégageaient non plus aucune électricité de tension par leur contact dans l'air.

Voici encore un fait du même genre, qui est fondé sur une observation de M. Payen, savoir, qu'une solution alcaline bien purgée d'air n'attaque point une lame de fer bien polie.

J'ai plongé dans un flacon rempli de potasse dissoute deux lames de fer exactement semblables, soit quant au degré de poli de leur surface, soit quant à leurs dimensions; l'une d'elles était isolée, l'autre fixée métalliquement par son extrémité à une lame de platine qui plongeait dans le même liquide; les deux lames de fer étaient implantées dans le liége destiné à fermer le flacon, de façon que l'extrémité supérieure de chacune d'elles traversait ce liége et se trouvait exposée à l'action de l'air. La partie des deux lames immergée dans le liquide est restée parfaitement intacte; au bout de trois ans leur surface n'a nullement perdu de son poli et on ne pouvait y découvrir aucune trace d'oxidation. Il n'y avait, à cet égard, aucune différence entre elles; cependant l'une, à cause de son contact avec le platine, aurait dû, dans la théorie de Volta, devenir éminemment positive et par conséquent s'oxider, d'autant plus que la solution de potasse conduit bien l'électricité. Il est inutile de dire que ce couple platine et fer ne donnait aucun courant au galvanomètre. Mais la portion de la lame de fer qui était implantée dans le liége, et en sortait extérieurement, était recouverte d'une couche d'oxide très-épaisse: la lame de fer isolée était bien aussi oxidée, mais à un degré beaucoup moindre. Il est clair, d'après cela, que pour qu'il y ait courant électrique il faut un commencement d'oxidation; le courant produit par cette oxidation décompose l'eau et détermine par là une oxidation plus forte sur le métal dit positif, et cette oxidation, d'abord effet, devient ensuite cause du courant. Dans l'expérience qui précède, l'eau qui en s'évaporant de la solution intérieure avait humecté le liége, étant mélangée avec beaucoup d'air, faisait à la fois l'office de corps attaquant et de corps conducteur.

J'ai eu l'occasion de faire à Londres une observation qui vient à l'appui de ce qui précède. On sait que dans cette ville toutes les maisons sont extérieurement entourées de grilles en fer dont les barreaux sont fixés dans la pierre au moyen du plomb. Or, ces barreaux, quoique d'un diamètre d'un à deux pouces, sont presque tous, surtout dans les quartiers les plus enfumés, tellement rongés vers leur partie inférieure, qu'ils sont réduits à un simple filet, et qu'il faut les renouveler assez fréquemment. Cet accident, qu'on n'observe pas ailleurs, du moins au même degré, ne peut être attribué qu'à ce que l'eau de pluie qui tombe à Londres étant légèrement acide, à cause des vapeurs sulfureuses dont la combustion du charbon de terre remplit l'atmosphère, elle agit chimiquement sur le fer; le contact de ce métal avec le plomb, moins attaquable que lui, permet au courant de s'établir, et il en résulte la prompte oxidation et finalement la destruction et la rupture de la barre. Le simple contact sans l'action chimique ne suffit pas pour produire cet effet, puisqu'on ne l'observe pas dans d'autres localités où les mêmes circonstances se rencontrent, sauf celle de l'acidité de la pluie à laquelle est due une action sur le métal, qui pourrait bien avoir lieu avec la pluie ordinaire, mais à un degré infiniment moindre.

Une observation de M. Faraday avait pu paraître contraire au principe, que dans cette complication de causes et d'effets, c'est bien l'action chimique qui est la première source de l'électricité développée dans un couple voltaïque, et que ce n'est pas l'électricité résultant du contact des élémens du couple, qui est la première cause de l'action chimique. L'observation à laquelle je fais allusion, c'est que, lorsqu'on se sert de zinc amalgamé au lieu de zinc ordinaire pour en former un couple avec une lame de platine, ce zinc ainsi préparé n'est attaqué par l'eau acidulée dans laquelle il est plongé que lorsqu'il est en contact avec la lame de platine. Il semble donc ici que le contact soit la source de l'électricité qui est elle-même la cause de la vive action chimique à laquelle le zinc est exposé. Cependant une observation de M. Daniell (1) vient de nous apprendre que le zinc amalgamé est attaqué au moment où il est plongé dans l'eau acidulée, lors même qu'il est isolé, mais que sa surface se recouvre immédiatement d'une quantité considérable de bulles de gaz hydrogène qui adhèrent avec beaucoup de force au mercure de l'amalgame, et qui empêchent ainsi la continuation de l'action chimique.

Au moment où, en mettant le platine en contact métallique avec le zinc amalgamé, on donne au courant qui résulte de l'action chimique exercée sur le zinc, une direction nouvelle, le gaz hydrogène est transporté par

(1) *Bibliothèque universelle de Genève*, mars 1836, t. II, p. 167.

ce courant, va se déposer sur le platine, et quitte ainsi la surface du zinc qui alors peut être de nouveau attaquée vivement par le liquide. Il n'y a pas de doute que le courant, en décomposant le liquide conducteur qu'il traverse, et en transportant l'oxigène sur le zinc, n'augmente à son tour l'action chimique qu'éprouve le zinc, et par conséquent l'intensité de l'électricité développée; ainsi, d'effet il devient cause jusqu'à un certain point. Mais ce qu'il est important d'établir, et ce qui me paraît rigoureusement démontré, c'est que la première origine du courant provient d'une action chimique, et que sans cette action, quelque faible qu'elle soit, il n'y a, en l'absence d'autres actions, aucun développement d'électricité.

Je ne dirai rien ici sur les phénomènes que M. Peltier a décrits sous le nom de *puissance relative des métaux pour coercer l'électricité* (1). Quoiqu'il ait cru pouvoir en tirer des résultats favorables à la théorie du contact, je ne les discuterai pas, parce qu'ils me paraissent être d'un tout autre ordre. En effet, l'auteur se sert d'une source électrique indépendante des plateaux métalliques qu'il met en contact, et il montre que les métaux, suivant leur nature, gardent l'une des électricités préférablement à l'autre. Cela ne prouve point que ces métaux puissent en produire, mais simplement qu'ils diffèrent dans le pouvoir qu'ils ont de transmettre et de conserver l'une ou l'autre des électricités; fait que j'ai déjà eu l'occasion de signaler dans la deuxième partie de ce Mémoire.

Théorie de la pile voltaïque.

Après avoir exposé les principes qui me paraissent pouvoir servir à expliquer le développement de l'électricité dans un seul couple, il me reste à montrer que ces mêmes principes rendent compte d'une manière tout aussi satisfaisante de ce qui se passe dans une réunion de plusieurs couples, c'est-à-dire dans une pile voltaïque. J'avais déjà, en 1828, indiqué comment je concevais la distribution de l'électricité dans une pile (2); des recherches ultérieures m'ont permis de donner à l'explication que je présentai alors, une base plus solide et une plus grande précision.

Considérons une pile en activité. On peut supposer que les couples dont elle est composée, soient si exactement semblables les uns aux autres, sous tous les rapports, que l'électricité libre développée sur chacun d'eux ait la même intensité. Il peut arriver au contraire que ces couples soient plus ou moins forts les uns que les autres, et cette inégalité peut provenir d'une action chimique différente, ou d'une recomposition immédiate des deux principes électriques plus ou moins faciles; ou de quelque autre circonstance encore. Le second cas est le seul physiquement possible; car, lors même qu'on emploierait pour former les couples, les mêmes métaux, la même surface, le même liquide, il serait impossible d'atteindre à une égalité mathématique dans l'intensité de l'électricité développée individuellement par chaque couple. Cette égalité mathématique n'est donc qu'une limite dont on peut s'approcher, en cherchant à rendre les élémens dont se composent les couples aussi semblables que possibles sous tous les rapports; mais on ne peut jamais y parvenir complétement, ainsi qu'il est facile de le comprendre, et comme d'ailleurs l'expérience le démontre.

Nous allons successivement examiner ce qui se passe dans les deux cas que nous venons d'indiquer, en commençant par le premier auquel comme nous le verrons, on peut ramener le second.

Soit dans une pile d'un nombre quelconque de couples, tous parfaitement égaux les uns aux autres, *b* un couple *zinc et cuivre*, pris au hasard dans la pile, et disposé de façon que son zinc plonge dans le même liquide que le cuivre du couple *a* qui le précède, et son cuivre dans le même liquide que le zinc du couple *c* qui le suit. L'action chimique du liquide développe dans le couple *b* une certaine quantité d'électricité; une portion plus ou moins grande des deux principes électriques séparés se neutralise immédiatement, tandis qu'une autre portion reste libre; quelles que soient les causes qui font varier le rapport existant entre la portion qui se recompose immédiatement et la portion qui reste libre et qui est seule perceptible, ce rapport est le même dans tous les couples, puisqu'ils sont parfaitement semblables et symétriquement disposés les uns par rapport aux autres. D'après cela, l'électricité positive de *b*, portée par l'action chimique dans le liquide où plonge le cuivre de *a*, neutralise l'électricité négative de ce dernier couple qui lui est parfaitement égale, et qui résulte de l'action chimique du liquide sur le zinc de *a*. De même l'électricité négative de *b*, qui, par l'action chimique, est portée dans le zinc et de là se répand dans le cuivre en contact avec ce zinc, neutralise l'électricité positive de *c* qui lui est aussi parfaitement égale, et qui résulte de l'action chimique qu'exerce sur le zinc de *c* le même liquide dans lequel plonge le cuivre de *a*. Il reste donc ainsi un excès d'électricité positive libre dans le liquide où plonge le zinc de *a*, et un excès d'électricité négative libre parfaitement égal sur le cuivre de *c*, par conséquent dans le liquide où plonge *c*. Mais ces excès libres sont neutralisés par les électricités égales et opposées des couples suivans, sur lesquels on peut faire le même raisonnement que nous venons de faire sur les couples *b*, *a* et *c*. Il en résulte donc un excès d'électricité positive libre à l'extrémité de la pile située du côté de *a*, et un excès exactement égal d'électricité négative à l'extrémité située du côté de *b*. En réunissant ces deux extrémités par un conducteur; les deux excès d'électricité libre se neutralisent et forment le courant; l'intensité de ce courant doit être, ainsi que l'expérience le démontre, parfaitement égale à celle du courant qui s'établit dans la pile même entre tous les couples, et qui résulte, comme nous venons de le voir, de la neutralisation non interrompue de leurs électricités opposées et égales.

(1) INSTITUT, 1835, n° 136.

(2) *Annales de Chimie et de Physique*, t. XXXIX, p. 297.



Avant d'aborder l'examen des circonstances qui peuvent influer sur l'intensité du courant développé par une pile et sur le degré de tension électrique que ses deux pôles acquièrent quand ils sont isolés, occupons-nous du cas où la quantité d'électricité libre, dégagée par chaque couple, n'est pas mathématiquement la même. Ces différences peuvent être dues, soit à ce que l'action chimique exercée par le liquide sur les élémens des couples, n'est pas de même nature, soit à ce que cette action n'a pas le même degré de vivacité ou d'étendue, soit à ce que la recomposition immédiate des deux principes électriques ne s'opère pas sur toutes les surfaces attaquées avec le même degré de facilité. Dans une pile formée de couples homogènes, ces circonstances se présentent toutes plus ou moins à cause de l'impossibilité d'arriver à une identité absolue; mais on peut rendre les différences encore plus sensibles en ayant une pile composée de couples dont les élémens métalliques diffèrent en nature et en surface, ou dans laquelle les conducteurs liquides de chaque couple ne soient pas partout les mêmes.

Quand on réunit les uns à la suite des autres, dans l'ordre convenable pour faire une pile, plusieurs couples qui chacun séparemement dégagent une quantité d'électricité différente, on trouve que le courant électrique qui traverse chacun d'eux lorsqu'ils font partie du même circuit, est mathématiquement de même intensité, et que cette intensité est égale à celle du courant qui passe dans le conducteur avec lequel on réunit les deux pôles. Pour constater ce résultat important, il faut, au lieu de souder l'un à l'autre les deux élémens d'un même couple, le zinc et le cuivre par exemple, fixer à chacun d'eux un conducteur indépendant. Au moyen de ces deux conducteurs, on peut établir la communication métallique entre les deux élémens d'un couple par l'intermédiaire du fil d'un galvanomètre double, dont l'autre fil sert de conducteur au courant d'un second couple de la même pile, ou sert à faire communiquer ensemble les deux pôles de la pile. On a soin de faire passer les deux courans en sens contraire l'un de l'autre dans chacun des fils du galvanomètre, en sorte que, s'ils sont parfaitement égaux, l'action sur l'aiguille soit nulle. Or cette action est toujours absolument nulle, quelque grande que soit la différence qui règne sous tous les rapports, entre les couples soumis à cette épreuve; elle est nulle aussi quand on oppose le courant pris dans un couple quelconque avec celui qui résulte de la réunion des deux pôles de la pile.

Il est facile de rendre compte de cette égalité qui subsiste entre tous les courans partiels et le courant total de la pile. En effet : prenons le couple le plus faible; soit *b* ce couple; l'électricité positive dégagée par *b* ne pourra neutraliser toute la négative de *a*, il restera donc dans le cuivre de *a* un excès d'électricité négative qui retiendra, en la neutralisant, une quantité égale de positive; il en résultera que *a*, quoique plus fort que *b*, ne pourra cependant mettre en liberté qu'une quantité d'électricité positive égale à celle de *b*. De même l'électricité négative de *b* ne pourra neutraliser qu'une partie de la positive de *c*; le reste de cette électricité positive neutralisera une partie égale de la négative du même couple; et par conséquent *c* ne pourra non plus libérer qu'une quantité d'électricité négative égale à celle de *b*. Le même raisonnement s'appliquera aux couples suivans. Ainsi donc, comme dans le cas précédent, toutes les quantités d'électricité libre dans chaque couple seront égales, que ces couples aient ou n'aient pas la même force, et le cas physique sera ainsi ramené au cas mathématique, conformément à l'expérience.

Nous avons supposé, dans ce qui précède, que le couple dont l'électricité libre déterminait l'état électrique de tous les autres, était le couple le plus faible. D'après cela, dans une pile composée d'un certain nombre de couples de force inégale, le courant de chacun des couples et par conséquent celui de la pile tout entière devait être égal en intensité au courant produit par le couple le plus faible. Or, l'expérience démontre bien que lorsque, dans une pile composée de couples énergiques, on en introduit un qui est faible, il en résulte aussitôt une diminution très-notable dans l'intensité du courant de la pile et de chacun des autres couples par conséquent; mais cette réduction ne va jamais jusqu'à rendre ce contact égal à celui qu'aurait développé isolément le couple introduit. Il est facile de comprendre ce résultat; lorsque le couple le plus faible est seul, les deux principes électriques séparés par l'action chimique tendent à se réunir immédiatement en plus grande proportion que lorsque ce couple est placé entre deux autres dont l'un s'empare de son électricité positive et l'autre de sa négative; de plus le courant, qui s'établit dans le liquide où plonge l'élement oxidable du couple, en décomposant le liquide, facilite l'oxidation de cet élément et par conséquent augmente la quantité d'électricité développée. Ainsi par tous ces motifs, le même couple qui donnait un courant très-faible quand il était isolé, devient capable de développer un courant beaucoup plus fort quand il est réuni à d'autres couples plus énergiques. Enfin il peut arriver qu'un couple soit si faible, qu'on puisse ne le considérer que comme un conducteur métallique interposé dans le liquide qui réunit les élémens opposés des deux couples entre lesquels il est placé; dans ce cas son introduction n'a d'autre influence que celle qui résulte de l'interposition de lames métalliques homogènes dans un liquide, c'est-à-dire d'une altération dans la conductibilité du liquide. Cette influence a pour effet de diminuer la quantité d'électricité libre sur chacun des couples séparés par le liquide devenu moins bon conducteur; car les électricités opposées de ces couples ne pouvant se réunir et se neutraliser en aussi grande proportion, à cause de la conductibilité imparfaite du liquide interposé, une plus grande proportion de leurs électricités propres se recompose immédiatement, et une moins grande par conséquent devient libre. Il est facile de s'assurer dans chaque cas particulier si c'est à la cause que nous venons de signaler qu'on doit at-

tribuer l'effet observé; on n'a qu'à retourner le couple plus faible qu'on a introduit, de façon que ses élémens soient placés dans un sens inverse de celui dans lequel ils avaient d'abord été mis. Si la diminution d'intensité qui résulte pour le courant de la pile de l'introduction de ce nouveau couple, est la même, quel que soit le sens dans lequel sont disposés ses élémens, il est évident que cette addition n'a eu d'autre effet que de modifier la conductibilité du liquide qui réunissait auparavant les élémens opposés des deux couples entre lesquels le nouveau a été placé.

C'est à la circonstance dont nous venons de parler qu'on doit attribuer la diminution sensible que M. Marianini a observée dans l'intensité du courant d'une pile, quand on interpose entre ses couples un plus ou moins grand nombre de couples inactifs, c'est-à-dire de lames métalliques homogènes. Dans ce cas, il ne faut considérer ces couples inactifs que comme des diaphragmes dont l'effet est de séparer en plusieurs compartimens le liquide qui réunit les deux élémens opposés des deux couples actifs entre lesquels les premiers ont été interposés : diaphragmes dont l'effet est de diminuer la conductibilité du liquide, par conséquent la quantité d'électricité libre de chacun des deux couples actifs, et l'intensité du courant de toute la pile. On peut rendre compte de la même manière de la diminution que fait éprouver à l'intensité du courant d'une pile l'interposition d'un ou de plusieurs couples dont les élémens sont tournés en sens contraire du sens dans lequel sont placés les élémens de tous les autres couples; cette interposition diminue encore plus les quantités d'électricités libres des couples voisins que ne le font de simples lames homogènes C'est ce qu'il est facile de comprendre si l'on se donne la peine d'analyser ce qui se passe dans ce cas, et si l'on songe en particulier que les électricités contraires de chacun des couples voisins ont d'autant plus de tendance à se recomposer immédiatement sur la surface attaquée, qu'elles sont repoussées, au lieu d'être attirées, par celles de même nature que développent les couples renversés.

Mais laissons ces détails qui nous mèneraient trop loin, et voyons maintenant comment, dans la théorie que nous venons d'exposer, nous pouvons rendre compte des variations d'intensité qu'éprouvent les divers effets de la pile selon qu'elle est composée d'un plus ou moins grand nombre d'élémens, et que ces élémens ont plus ou moins de surface.

Description des appareils destinés à mesurer les effets de la pile.

On ne peut juger de la force d'une pile voltaïque qu'au moyen de l'intensité des divers effets qu'elle est capable de produire; mais l'expérience nous apprend que l'observation de ces différens effets ne conduit point aux mêmes conséquences sur les causes qui peuvent augmenter ou diminuer la puissance d'une pile. Il importe donc d'étudier séparément les circonstances qui, dans chaque classe d'effets, peuvent influer sur l'énergie avec la quelle la pile les produit, afin de voir si la théorie peut en rendre compte d'une manière satisfaisante.

Dans le but de faire cet examen, je me suis servi d'appareils aussi exacts, aussi délicats que j'ai pu me les procurer; je vais en donner brièvement la description.

Pour mesurer les effets de tension de la pile, j'ai fait usage d'un simple électroscope à feuilles d'or, muni d'un grand condensateur de 10 pouces de diamètre dont les disques en laiton doré, aplanis avec soin, étaient recouverts dans leur surface, de contact d'une couche mince isolante de vernis à la gomme-laque. J'ai écarté l'emploi de l'électroscope à piles sèches comme donnant souvent des indications inexactes et incertaines, et ne pouvant pas servir à apprécier plus ou moins approximativement le degré d'intensité de l'électricité, ce qu'on peut faire au contraire avec le premier électroscope en mesurant la divergence de ses feuilles d'or.

Pour les effets chimiques, j'ai employé un appareil très-simple, que mon père avait imaginé il y a long-temps. Cet appareil consiste en un flacon bouché à l'émeri, rempli d'une liqueur d'épreuve (de l'eau acidulée), et dans lequel aboutissent deux fils de platine destinés à transmettre le courant. Ce flacon communique latéralement vers sa partie inférieure avec un tube vertical gradué. Les gaz qui résultent de la décomposition opérée par le courant, chassent dans le tube une partie du liquide égale à leur propre volume. La vitesse avec laquelle le liquide s'élève dans le tube, indique la quantité de gaz qui est développée dans un temps donné et par conséquent l'énergie chimique de la pile. Ce procédé est beaucoup plus sensible et plus exact que celui qui consiste à mesurer directement le volume des gaz dégagés, vu qu'il reste toujours une certaine portion de ces gaz mélangée avec le liquide, qu'on ne peut pas apprécier par cette dernière méthode, tandis qu'au moyen de celle que j'ai indiquée, à chaque bulle de gaz qui se développe correspond, ou que cette bulle se trouve, une augmentation de la colonne liquide qui est dans le tube, égale en volume à celui de la bulle. Il faut seulement avoir soin de tenir compte de la température et de la pression.

Je me suis servi, pour apprécier les effets calorifiques de la pile, de deux appareils différens. Le premier, destiné à mesurer des effets considérables, se compose d'un fil de platine fixé par son extrémité supérieure à une pièce en laiton à laquelle s'adapte l'un des pôles de la pile, et supportant par son extrémité inférieure une aiguille en laiton qui parcourt les divisions d'un arc de cercle gradué, et dont le centre de rotation communique à une pièce de laiton à laquelle aboutit l'autre pôle de la pile. Au-dessus de cette pièce en laiton, est placé un petit support isolant (en ébène ou en ivoire), sur lequel s'élève une tige verticale en laiton, au bout de laquelle est fixée la pièce supérieure. Cette tige porte une division métrique, afin qu'on puisse mesurer la longueur du fil de platine que l'on peut à volonté raccourcir ou allon-

ger, en élevant ou en abaissant la pièce supérieure. Une vis de rappel qui y est ajustée permet de donner au fil exactement la longueur convenable pour amener l'aiguille au zéro de la division circulaire. Enfin cette division porte à côté de chaque degré, la fraction qui exprime de quelle partie aliquote de sa longueur totale il a fallu que le fil s'allongeât pour que l'aiguille atteignit ce degré (1). Or, comme l'on connaît la loi de la dilatation du platine, on conclut de l'allongement du fil donné directement par l'appareil, quel a été l'effet exact de température produit par le courant. On peut employer des fils de platine plus ou moins minces suivant la force calorique de la pile.

J'ai trouvé que, lorsqu'il s'agissait de courans peu intenses, l'appareil précédent n'était pas assez sensible. Je l'ai donc remplacé avec beaucoup d'avantage dans ce cas, par un thermomètre métallique de Bréguet, auquel j'ai fait subir quelques légères modifications pour l'adapter au but que je me proposais.

Il s'agit de faire passer le courant dont on veut étudier l'intensité calorfique, dans l'hélice métallique dont les changemens de forme résultant des légères différences de température, sont accusés par les degrés que parcourt sur une division circulaire, une aiguille horizontale librement suspendue à l'extrémité inférieure de cette hélice. On sait que les degrés parcourus par l'aiguille sont directement proportionnels aux températures auxquelles l'hélice est exposée. Pour la mettre dans le circuit, j'ai ajouté à la tige métallique qui porte son extrémité supérieure, un conducteur que l'on met en communication avec l'un des pôles de la pile; l'autre pôle aboutit, au moyen d'un second conducteur, dans une capsule centrale remplie de mercure où plonge légèrement, de manière que le frottement soit le moindre possible, un fil fin de platine adapté verticalement à l'extrémité inférieure et mobile de l'hélice. De cette manière, celle-ci peut être traversée par un courant quelconque sans être gênée dans les mouvemens et dans les changemens de forme qu'elle doit éprouver en vertu des changemens de température. Or, la sensibilité de l'appareil permet d'apprécier le plus léger réchauffement opéré par le courant, et l'avantage qu'il possède de donner des résultats comparables, me paraît devoir le rendre éminemment précieux, comme galvanomètre calorifique. Il faut seulement bien faire attention que les esprits de l'hélice ne soient pas en contact les uns avec les autres, afin que le courant puisse bien les parcourir toutes successivement.

Enfin, pour mesurer les effets dynamiques, j'ai trouvé de l'avantage à employer le galvanomètre de M. Becquerel, en ayant soin seulement, pour comparer l'intensité des courans, de ramener les aiguilles au 0° dans chaque cas, soit au moyen d'un fil de torsion auquel je les avais suspendues, soit en faisant passer le courant le plus fort à travers un fil de platine auquel je donnais, au moyen d'une vis de rappel, la longueur convenable pour réduire l'intensité de ce courant plus fort à celle du plus faible. En comparant les angles de torsion dans le premier cas, et les longueurs du fil de platine dans le second j'en déduisais les rapports d'intensité entre les courans.

C'est au moyen des divers appareils que je viens de décrire, que j'ai réussi à faire une étude de la pile qui, sans être encore aussi complète que j'espère pouvoir la faire plus tard, m'a permis cependant de poser sur des principes qui me paraissent solidement établis, la théorie de cet appareil.

Etude des effets de tension.

Il est reconnu que l'étude de la surface des couples n'exerce aucune influence sur la tension que peuvent acquérir les deux pôles d'une pile, et que le nombre de ces couples, au contraire, est la circonstance essentielle. M. Biot avait en outre déjà remarqué (1), à une époque où le rôle chimique des liquides dont on charge la pile n'étaient point apprécié, que ce ne sont pas les liquides les plus conducteurs qui déterminent toujours la tension la plus forte.

J'ai chargé successivement, avec de l'eau de rivière très-pure (l'eau du Rhône), avec une dissolution de sulfate de soude, et avec une solution très-étendue d'acide nitrique, une pile composée de dix couples zinc et cuivre, dont les lames avaient chacune quatre pouces carrés de surface. Un très-grand nombre d'expériences m'ont fait voir :

1° Que pour obtenir une tension forte, il faut laisser en contact avec le condensateur le pôle dont on perçoit la tension, pendant un temps assez considérable lorsque le liquide dont la pile est chargée est simplement de l'eau; un temps un peu moindre, mais encore appréciable, lorsque c'est du sulfate de soude; et un temps presque insensible lorsque c'est une solution d'acide nitrique;

2° Qu'il faut aussi laisser écouler deux décharges successives, un temps qui varie avec la nature du liquide, exactement de la même manière que celui pendant lequel doit durer le contact du condensateur avec le pôle;

3° Que lorsque dans chaque cas, on attend le temps nécessaire pour que la tension atteigne son maximum, on n'observe pas de différence sensible entre le degré de tension accusé par les pôles, quel que soit celui des trois liquides dont la pile est chargée;

4° Qu'il y a au contraire une grande différence entre les tensions électriques que donne la pile selon le liquide avec lequel elle est chargée, lorsque celui des pôles

(1) Le calcul de cette fraction pour chaque degré circulaire est facile à faire en prenant la différence des sinus des angles successifs, pourvu que l'on connaisse exactement la longueur de l'aiguille et la distance comprise entre son centre de rotation et le point d'attache du fil de platine.

(1) *Traité de Physique expérimentale et mathématique*, t. II, p. 515 et suivantes.



avec lequel l'électroscope condensateur n'est pas mis en communication, au lieu de communiquer avec le sol, est isolé. Quel que soit le liquide dont elle est chargée, la pile manifeste toujours une tension moindre à l'un de ses pôles, lorsque l'autre est isolé au lieu de communiquer avec le sol; mais la différence est plus grande avec le sulfate de soude qu'avec l'eau, et encore bien plus considérable avec l'acide nitrique étendu; dans ce dernier cas, la tension des deux pôles de la pile isolée a souvent été nulle, lors même qu'on a attendu un temps très-long avant de l'éprouver.

Voici quelques résultats :

Pile chargée avec de l'eau de rivière.

Durée du contact du pôle avec le condensateur	Degré de divergence des feuilles d'or de l'électroscope.
15"	2°
30"	6°
60"	(les feuilles d'or touchent l'enveloppe de verre de l'électroscope.)
1 ou 2'	0°

Dans les expériences qui précèdent, les deux pôles étaient isolés; lorsqu'ils ne le sont pas, il suffit de 30" d'intervalle entre les décharges, pour que les feuilles d'or touchent l'enveloppe de l'électroscope.

Dans une expérience où l'on avait laissé un intervalle de 15 minutes, la vivacité avec laquelle les feuilles d'or divergèrent, indiqua une tension bien plus considérable que les précédentes.

Un très-grand nombre d'expériences faites avec la pile chargée avec la dissolution de sulfate de soude ont donné des résultats analogues; seulement lorsque l'un des pôles communiquait avec le sol, le temps de contact nécessaire pour donner le maximum d'effet était beaucoup plus court qu'avec l'eau. Un intervalle de temps considérable laissé entre deux décharges consécutives, augmente beaucoup la tension dans ce cas aussi bien que dans l'autre.

Chargée avec solution d'acide nitrique, la pile isolée, quelle qu'ait été la durée du contact, n'a jamais pu manifester à chacun de ses pôles une tension supérieure à 2° de divergence des feuilles d'or de l'électroscope. Lorsqu'un des pôles communiquait avec le sol, la tension atteignait au contraire son maximum d'intensité, sans que la durée du contact parût exercer dans ce cas d'influence sensible sur le degré d'électricité accusé par l'électroscope.

J'avais eu soin de bien isoler la pile; dans ce but je l'avais placée sur un gâteau de résine, et j'avais aussi enveloppé de résine chacun des verres qui renfermaient le liquide. Ces précautions sont plus importantes qu'on ne le croit généralement; car il est très-difficile d'empêcher chacun des pôles de communiquer plus ou moins imparfaitement, soit entre eux soit avec le sol.

Les résultats qui précèdent m'ont conduit à admettre que dans une pile isolée, les deux principes électriques accumulés à chacun des pôles; avec un certain degré d'intensité, par l'effet de l'action chimique, tendent à se réunir et à se neutraliser mutuellement par l'intermédiaire de la pile elle-même qui leur sert de conducteur. Mais comme cette neutralisation ne peut s'effectuer aussi promptement que s'opère, en vertu de l'action chimique, la séparation des deux principes électriques, il en résulte à chaque pôle un excès d'électricité libre. Pour une même pile, la quantité de cet excès ou la tension des pôles doit dépendre de la difficulté plus ou moins grande que les deux principes éprouvent à se réunir, et par conséquent du nombre des couples, puisque plus il y a d'alternatives solides et liquides, plus la conductibilité est imparfaite. Toute circonstance qui diminue la conductibilité de la pile, sans diminuer l'intensité de l'électricité développée individuellement par chacun de ses couples, doit donc augmenter la tension électrique à ses deux pôles. C'est ce qui explique comment il se fait qu'une pile chargée avec de l'eau pure, possède une tension électrique aussi forte qu'une pile chargée avec une solution saline ou acide; dans ce dernier cas, l'électricité développée en un temps donné sur chaque plaque de zinc par l'action chimique, est réellement plus considérable; mais comme les deux principes électriques accumulés aux deux pôles ont beaucoup plus de facilité à se réunir, il en résulte une compensation en vertu de laquelle en définitive les pôles peuvent bien se charger plus vite, mais ne peuvent acquérir une tension plus grande (1). On peut expliquer de même pourquoi, ainsi que nous l'avons vu, l'isolement de l'un des pôles diminue beaucoup plus la tension électrique de l'autre, lorsque le liquide dont la pile est chargée est bon conducteur, que lorsqu'il conduit mal. Dans le premier cas en effet, si l'un des principes électriques ne peut pas se répandre en plus ou moins grande proportion dans le sol, il se réunit à l'autre avec une grande facilité; cette facilité n'existant pas au même degré, lorsque le liquide est mauvais conducteur, l'influence de la communication avec le sol est proportionnellement moins sensible.

Effets dynamiques de la pile.

La théorie que nous venons de développer, rend compte d'une manière toute aussi satisfaisante des effets dynamiques, ou de courant, d'une pile voltaïque. L'intensité de ces effets dépend en général de deux causes : en premier lieu, de la nature particulière de l'action chimique qui produit l'électricité; en second lieu, de la quantité d'électricité qui passe dans un temps donné à travers le conducteur où ces effets sont produits.

Nous ne nous occuperons pas ici de l'influence que peut exercer sur l'intensité de chaque espèce d'effets, la nature particulière de l'action chimique; c'est un sujet

(1) J'ai vu même par un temps très-sec, une pile de 120 élémens *zinc* et *cuivre*, chargée avec de l'eau pure, donner de vives étincelles à ses deux pôles comme une machine électrique, tandis que la même pile, chargée avec de l'eau acidulée, donnait à peine des signes électriques à un électroscope muni d'un condensateur.

sur lequel nous avons déjà réuni quelques données qui feront l'objet d'un Mémoire spécial. Nous nous bornerons actuellement à examiner les circonstances qui, pour une action chimique déterminée, rendent la plus grande possible, la quantité d'électricité qui, dans un temps donné, circule à travers le conducteur. Nous supposerons que l'action chimique qui développe l'électricité, est celle qu'exerce sur le zinc une solution très-étendue d'acide nitrique ou sulfurique; nos raisonnemens s'appliqueront d'ailleurs aussi bien à toute autre espèce d'action chimique.

Il est d'abord évident que, quel que soit l'effet dynamique qu'il s'agit de produire, lorsque le nombre des couples est constant, la quantité d'électricité dégagée dans un temps donné et par conséquent celle qui dans un temps donné circule à travers le conducteur au moyen duquel on réunit les pôles, est d'autant plus grande que la surface attaquée a plus d'étendue. C'est un fait que l'expérience a confirmé dès longtemps et qui est une conséquence rigoureuse de la théorie chimique. Il y a cependant à cet égard deux observations à faire : la première, que l'augmentation d'intensité qui résulte, pour les effets dynamiques, d'une augmentation dans l'étendue de la surface attaquée, n'est pas la même pour tous ces effets; la seconde, qu'en même temps qu'on augmente l'étendue de la surface attaquée, il faut aussi, pour rendre cet accroissement profitable, augmenter dans une même proportion l'étendue de la surface toujours nécessairement plus grande du métal non attaqué. Nous verrons plus loin que ces deux observations, auxquelles on a été conduit par l'expérience, sont aussi des conséquences de la théorie.

Examinons maintenant le cas le plus important, celui où, étant donnée une surface attaquée d'une étendue déterminée, on demande combien de couples il faut en former pour produire l'effet dynamique le plus considérable. Au premier moment, la réponse semble ne pas être douteuse : il faut en faire le moindre nombre de couples, et même un seul; car, d'après notre théorie, la quantité d'électricité qui circule à travers le conducteur est toujours égale à celle qui est développée sur la surface d'un couple seulement, et les électricités développées sur les autres couples se neutralisant mutuellement dans l'intérieur de la pile, ne coopèrent en rien à l'effet extérieur. A quoi sert-il donc d'avoir plusieurs couples? Ne vaut-il pas mieux en avoir le moindre nombre possible, et en augmentant d'autant leur surface, accroître ainsi la quantité d'électricité développée dans chacun d'eux?

L'expérience nous apprend que cette conséquence théorique ne se vérifie qu'autant que le conducteur qui réunit les deux pôles d'une pile est un conducteur parfait; ainsi elle se vérifie pour les effets dynamiques qu'on peut développer en réunissant les pôles par un gros fil de métal, de cuivre par exemple; telles sont l'action du courant sur l'aiguille aimentée, l'action des courans les uns sur les autres. Elle se vérifie déjà à un moindre degré lorsque le fil conjonctif est moins bon conducteur, soit par l'effet de sa nature, soit par l'effet de ses dimensions, cas dans lequel ce fil s'échauffe et rougit. Enfin elle ne se vérifie plus lorsque le conducteur est très-imparfait. Ainsi, s'il s'agit d'un liquide à décomposer ou à échauffer par l'effet du courant, il faut une pile de plusieurs couples; une pile semblable est encore nécessaire pour développer entre deux pointes de charbon la chaleur et la lumière, et pour déterminer dans des corps organisés des effets physiologiques.

La cause de ces différences s'explique facilement si l'on songe que, lorsque les deux principes électriques sont accumulés aux deux extrémités d'une pile, deux voies s'offrent à eux pour se neutraliser, celle de la pile elle-même, comme nous l'avons vu plus haut, et celle du conducteur qui réunit les deux pôles de cette pile.

La proportion plus ou moins grande des deux principes qui suivent l'une ou l'autre de ces deux voies, dépend de la facilité relative qu'elles offrent à leur réunion. Pour peu que la pile soit meilleure conductrice que le corps interposé entre ses pôles, aucune portion du courant ne traversera ce corps, ou du moins il n'en passera qu'une très-faible portion. Ainsi donc, il faut calculer le nombre des couples de la pile en vue de la conductibilité électrique des corps que son courant est appelé à traverser, et non pas, comme on l'avait cru, en vue de la nature des effets qu'il est destiné à produire (1). Il faut toujours que le nombre des couples de la pile soit assez grand pour qu'elle soit elle-même moins bonne conductrice que les corps interposés entre ses pôles.

D'un autre côté, si la surface de zinc étant donnée, il faut en faire un nombre de couples suffisant pour que la pile soit inférieure en conductibilité au corps que le courant doit traverser, il ne faut pas non plus multiplier inutilement au delà le nombre de ces couples, puisqu'en affaiblissant ainsi l'étendue de chacun d'eux, on diminue la quantité d'électricité qu'ils développent individuellement, et qui, dans un temps donné, circule entre les pôles.

Les faits sur lesquels je viens de m'appuyer sont assez connus de tous les physiciens pour qu'il soit inutile d'y insister. Je me bornerai à remarquer que j'ai eu un très-grand nombre de fois l'occasion d'en constater

---

(1) On a toujours dit, par exemple, que pour produire de grands effets calorifiques, il valait mieux avoir un petit nombre de couples et leur donner une grande surface. Cela est vrai s'il s'agit de faire rougir des fils métalliques interposés entre les pôles; mais il n'en est plus de même s'il est question de produire la chaleur et la lumière qui se dégagent entre deux pointes de charbon mises chacune en communication avec l'un des pôles; il faut, dans ce cas, nécessairement une pile de plusieurs couples. Enfin, lorsqu'on veut échauffer le liquide par le courant, on trouve qu'il y a le même avantage à employer une pile composée d'un très-grand nombre de couples que s'il s'agit de produire des effets chimiques. C'est donc bien la nature du conducteur et non la nature de l'effet qui détermine l'influence du nombre des couples.

l'exactitude au moyen des galvanomètres que j'ai décrits plus haut. Je crois donc que la théorie est à cet égard parfaitement d'accord avec l'expérience, et qu'on peut en déduire quelques applications pratiques qui ne sont pas sans utilité, sur la construction la plus avantageuse des piles voltaïques, et un des effets que l'on veut produire, ou plutôt des conducteurs à travers lesquels on veut faire passer le courant, pour produire ces effets.

Examen de quelques circonstances qui influent sur la puissance de la pile.

La théorie que je viens de développer, et que j'avais déjà eu l'occasion d'exposer avec moins de détails, a été attaquée, comme je l'ai dit, par différens physiciens et entre autres par M. Marianini. La principale objection du savant italien a été dirigée contre le principe que j'avais admis, savoir que les deux fluides électriques accumulés aux deux pôles de la pile peuvent se neutraliser directement par l'intermédiaire de la pile elle-même qui lui sert de conducteur. D'après ce principe, dit-il, si l'on diminue la conductibilité de la pile, on doit augmenter la tension de ses deux pôles; or, on ne produit pas ce dernier effet en interposant dans le liquide qui sépare les couples un plus ou moins grand nombre de diaphragmes de cuivre. interposition qui cependant doit diminuer la conductibilité de la pile. Il y a plus : cette interposition non seulement n'augmente pas la tension, mais elle diminue même le pouvoir chimique de la pile dans la décomposition de l'eau; cependant lorsque les pôles sont réunis par un conducteur imparfait, s'il est vrai que la proportion d'électricité qui passe par ce conducteur et par la pile dépende de leur conductibilité relative, il doit en passer d'autant plus à travers le conducteur que la pile conduit plus mal. A l'appui de ces observations, M. Marianini cite plusieurs expériences.

Je suis tout à fait d'accord avec M. Marianini sur les conséquences qu'il tire du principe que j'ai admis, mais je diffère sur l'application qu'il en fait : je reconnais avec lui que tout ce qui diminue la conductibilité de la pile doit augmenter la tension de ses pôles, pourvu qu'on n'altère en rien la quantité d'électricité développée par chacun de ses couples; j'ai montré par des faits que c'était une condition indispensable. Mais la manière dont M. Marianini diminue la conductibilité de la pile rentre-t-elle bien dans ce cas? Non, car le zinc et le cuivre entre lesquels il place les diaphragmes de cuivre ou de tout autre métal, n'étant pas dans les mêmes conditions que le zinc et le cuivre des autres couples, il est facile de comprendre que l'électricité positive du premier et la négative amenée par le second, se réunissent en beaucoup moins grande proportion à cause de la diminution de conductibilité qui résulte, pour le liquide qui le sépare, de l'interposition des diaphragmes. Dès lors, d'après la théorie que nous avons donnée, l'électricité libre de tous les autres couples diminue dans le même rapport que celle du couple que nous venons de considérer, de sorte que si d'une part les deux principes électriques accumulés aux deux pôles ont moins de facilité à se réunir, d'autre part ils sont développés en moindre quantité. On conçoit que lorsqu'il s'agit de la tension, cas dans lequel l'élément du temps n'entre pour rien, puisque le condensateur reste en contact avec le pôle aussi longtemps qu'on le veut, les deux effets que nous venons de signaler puissent se compenser; mais il ne peut en être de même pour les décompositions opérées par le courant et en général pour tous les effets dynamiques, car il n'y a pas de temps suffisant pour l'accumulation des deux principes électriques, et tout ce qui diminue la quantité d'électricité libre dégagée en un temps donné par chaque couple, et par conséquent aux deux pôles, doit diminuer l'intensité des effets produits par la circulation de cette électricité.

Le principe de la réunion des deux fluides électriques à travers la pile elle-même me paraît d'ailleurs découler forcément d'un fait palpable, celui de la constance de la tension électrique aux deux pôles. Car, sans cela, pourquoi cette tension aurait-elle une limite? L'action chimique qui agit sur les couples n'a-t-elle pas lieu sans interruption? Que deviennent donc les deux principes électriques, lorsqu'ils ne se neutralisent pas mutuellement à travers un conducteur qui réunit les deux pôles de la pile? il faut nécessairement qu'ils se réunissent à travers la pile en plus ou moins grande proportion suivant la conductibilité de cet appareil. Ce courant contraire, qui s'établit dans une pile dont les pôles sont isolés, est nécessairement égal au courant résultant des neutralisations électriques partielles qui ont lieu de couple à couple. Mais, dès que les pôles sont réunis par un conducteur quelconque, une portion plus ou moins grande de ce courant contraire passe à travers le conducteur nouveau, et il n'est pas même nécessaire, comme M. Marianini le suppose, que le conducteur conduise aussi bien que la pile, pour qu'une portion du courant y passe; car c'est une propriété bien connue du courant électrique, de toujours se répartir en plus ou moins forte proportion, à travers tous les conducteurs qui sont placés sur sa route, quelque différens qu'ils soient d'ailleurs les uns des autres, sous le rapport de la conductibilité électrique.

Enfin, c'est à ce contre-courant égal au courant direct, qu'on doit l'absence de décomposition dans le liquide qui sépare les couples d'une pile isolée. Ce contre-courant vient-il à diminuer ou à cesser, aussitôt cette décomposition s'opère, et on en a la preuve dans la vive action qu'on observe dans le liquide d'une pile quand les pôles sont réunis; action d'autant plus vive que le conducteur qui réunit les pôles est meilleur. On en a encore la preuve dans l'affaiblissement qu'éprouve la pile, et qui résulte de l'accumulation sur les plaques des couples, des élémens séparés par la décomposition; affaiblissement qui, d'après les propres observations de M. Marianini, est aussi d'autant plus grand que le conducteur qui réunit les pôles est meilleur.

En réfléchissant sur les causes qui peuvent ainsi modifier la force dynamique de la pile, j'ai cherché en particulier à me rendre compte de l'influence qu'exercent sur les divers effets du courant les diaphragmes métalliques placés sur sa route, soit extérieurement à la pile, soit dans l'intérieur de la pile elle-même. J'ai essayé aussi d'apprécier quel était, sous ce rapport, l'effet de l'addition d'un plus ou moins grand nombre de couples, lorsqu'on a dépassé le nombre nécessaire pour que le courant préfère traverser le conducteur qui réunit les pôles, plutôt que la pile elle-même. Je vais rendre compte des divers resultats que j'ai obtenus sur les deux points que je viens de signaler; c'est par là que je terminerai ce Mémoire.

Le courant dont on se servit d'abord était produit par une pile composée de huit couples, de deux pieds carrés chacun, et chargée fortement avec un mélange de 40 parties d'eau, de deux d'acide sulfurique, et d'une d'acide nitrique. On fit passer ce courant à travers une certaine étendue d'acide nitrique concentré, qu'on pouvait séparer en deux ou plusieurs compartimens, au moyen de diaphragmes en platine; l'hélice du galvanomètre calorifique, soit du thermomètre métallique, était placée aussi dans le circuit. Voici les degrés de chaleur développés dans l'hélice par le passage du courant, selon qu'il avait été obligé de traverser un ou plusieurs diaphragmes de platine dans l'acide nitrique :

Première expérience.

Nombre des diaphragmes.	Degrés centigrades du galvanomètre calorifique.
1	312°
2	170°
3	75°
4	12°
5	0°

Seconde expérience.

Nombre des diaphragmes.	Degrés centigrades du galvanomètre calorifique.
1	220°
2	100°
3	27°
4	5°
5	0°

Un grand nombre d'expériences semblables me montrèrent dans quelle proportion considérable l'intensité calorifique du courant diminuait, à mesure qu'on augmentait le nombre des diaphragmes de platine. Cependant j'avais choisi pour conducteur l'acide nitrique, qui est de tous les liquides celui qui conduit le mieux, et celui dont la conductibilité est la moins altérée par l'interposition des diaphragmes de platine.

En mettant dans le circuit, c'est-à-dire sur la route du courant, le galvanomètre chimique outre le calorifique, sans du reste rien changer à l'expérience, on obtint les résultats suivans :

Nombre des diaphragmes.	Galvanomètre calorifique.	Galvanomètre chimique.
0	38°	5"
1	3°	25"
2	0°	Nul effet.

Le nombre des secondes indique pour le galvanomètre chimique le temps qui est nécessaire pour obtenir une même quantité de gaz; il est donc exactement inverse du pouvoir chimique du courant. — On voit, d'après l'expérience ci-dessus, que l'interposition d'un diaphragme de platine, qui réduisait à 1/13 l'effet calorifique du courant, ne réduisait qu'à 1/5 son effet chimique.

Je n'ai pas parlé dans les expériences qui précèdent des effets obtenus avec le galvanomètre magnétique; le courant était en général trop fort pour que les résultats en fussent bien comparables; d'ailleurs, j'ai déjà eu l'occasion d'en parler dans un précédent Mémoire. Je ne rapporterai pas non plus pour le moment les expériences que j'ai faites avec des piles composées d'un plus grand nombre de couples; l'interposition des diaphragmes y était, comme on le conçoit, pour chaque espèce d'effet, proportionnellement beaucoup moins sensible. Je me borne maintenant à faire remarquer combien la plus légère modification apportée dans la conductibilité du corps et du système de corps interposé entre les pôles d'une pile, diminue la quantité d'électricité qui y circule dans un temps donné, surtout lorsque cette pile, étant fortement chargée et composée d'un petit nombre d'élémens à grande surface, est elle-même par conséquent un bon conducteur de l'électricité. Si l'effet est moins sensible pour la puissance chimique que pour la puissance calorifique de la pile, cela tient à ce que l'effet chimique n'étant pas aussi instantané que l'effet calorifique, la rapidité avec laquelle le courant circule ne l'augmente pas dans la même proportion.

L'effet des diaphragmes interposés dans le liquide où plongent les élémens de deux couples successifs d'une pile, est tout à fait semblable à celui des diaphragmes interposés entre les pôles même de la pile. C'est, comme nous l'avons fait voir, une conséquence de la théorie que nous avons exposée, et en particulier de l'égalité, je dirais même de l'identité qui existe entre les courans partiels de couple à couple et le courant total de la pile qui va d'un pôle à l'autre. Dans le nombre des expériences que j'ai faites sur ce point, je ne citerai que la suivante qui montre l'influence de la nature particulière des diaphragmes sur la puissance calorifique de la pile.

Une pile de sept élémens, zinc et cuivre, de quatre pouces carrés de surface chacun, chargée avec de l'eau pure mélangée avec 1/10 d'acide nitrique en volume, donnait au galvanomètre calorifique (de Bréguet) 125°. Un diaphragme de *cuivre* interposé entre deux quelcon-

ques des couples réduisit l'effet à 70°; un diaphragme de *zinc* le réduisit à 100°. Une pile de vingt couples semblables aux précédens, mais moins fortement chargée, donnait 110° au même galvanomètre calorifique; un diaphragme de cuivre réduisit l'effet à 100°, un diaphragme de zinc ne produisit pas de diminution sensible.

Le peu de mots que nous venons de dire sur l'influence des diaphragmes en ce qui concerne la puissance dynamique de la pile, nous amènent à considérer sous ce rapport le nombre des couples dont une pile est composée. Nous avons vu qu'une surface de zinc et une surface de cuivre étant données avec un certain liquide pour en former une pile, il faut, pour produire le maximum d'effet, en faire une pile d'un nombre de couples justement suffisant pour que la conductibilité de cette pile soit inférieure à celle du corps ou du système de corps qui est placé entre ses pôles. Mais on peut se demander ce qui arrivera si, sans rien changer à la surface des couples d'une semblable pile, on ajoute seulement un plus ou moins grand nombre de couples parfaitement semblables sous tous les rapports à ceux dont elle est déjà composée. Consultons d'abord l'expérience; la théorie viendra ensuite.

L'expérience nous apprend :

1° Qu'il y a pour tous les effets dynamiques de la pile (magnétiques, calorifiques et chimiques) une limite dans le nombre des couples qui produit les effets au plus haut degré d'intensité.

2° Que cette limite, soit le nombre des couples qui produit le maximum d'effet, varie avec la nature du conducteur placé entre les pôles et avec celle du liquide interposé entre les couples.

3° Que le nombre de couples qui produit le maximum d'effet, est d'autant moindre que le corps placé entre les pôles est meilleur conducteur, et que le liquide interposé entre les couples possède une moindre conductibilité, et surtout exerce une moindre action chimique sur les élémens attaquables de chaque couple.

4° Qu'il arrive souvent que, lorsqu'on a dépassé dans chaque cas le nombre de couples le plus favorable pour produire un certain effet, la diminution qui résulte pour l'intensité de cet effet de l'addition d'autres couples, cesse d'avoir lieu lorsqu'on en a ajouté un certain nombre, que l'effet redevient alors aussi intense que précédemment, pour diminuer une seconde fois de la même manière quand on continue à augmenter le nombre des couples.

5° Que ces alternatives de diminution et d'augmentation correspondant à un accroissement constamment progressif dans le nombre des couples, ne se font remarquer d'une manière bien prononcée que lorsque, par la nature du liquide dont elle est chargée, la pile ne produit pas des effets très-énergiques.

6° Que, quelle que soit l'intensité absolue des effets produits par une pile, cette intensité diminue d'autant plus vite que le nombre des couples dont la pile se compose est plus considérable, lors du moins que le conducteur placé entre ses pôles est très-bon, et que le liquide interposé entre ses couples exerce une très-faible action chimique.

Dans le nombre assez considérable d'expériences qui m'ont conduit aux résultats que je viens d'énoncer, je citerai les suivantes :

	Nombre des couples.	Degrés du galvanom. calorifique.
Couples de zinc et cuivre de 4 pouces carrés de surface, chargés avec de l'eau légèrement acidulée.	20	65°
	15	50°
	10	40°
	5	40°
	3	43°
	2	35°
	1	25°
Couples de zinc et cuivre de 16 pouces carrés de surface, chargés avec de l'eau acidulée qui a déjà servi plusieurs fois, et qui par conséquent est plus saline qu'acide.	10	17°
	20	17°
	40	10°
	60	25°
	120	20°
Couples semblables aux précédens, mais chargés avec une solution encore moins acide.	10	12°
	20	14°
	30	15°
	40	6°
	50	7 à 8°
	60	9°
	80	10°
	90	11°
	100	8 à 9°
	120	7°

		Nombre de secondes nécessaires pour obtenir au galvanom. chimique le même volume de gaz.
Couples semblables aux précédens.	60	75"
	120	32"
	180	43"
Dans une autre expérience.	10	66"
	20	25"
	30	22"
	40	17"
	60	14"
	80	13"
	100	12"
	120	15"

Avec le double galvanomètre magnétique je trouvai, en me servant de couples semblables aux précédens et chargés du même liquide, que 2 couples, 24 couples et 120 couples développaient des courans parfaitement égaux; les courans les plus forts étaient ceux auxquels donnaient naissance 14 couples ou 70 couples.

Pour montrer l'influence de la durée de l'effet sur son intensité, je citerai encore quelques expériences faites avec des couples de quatre pouces carrés de surface seulement, mais chargés avec une solution assez forte d'acide nitrique :

2 coupl. donnèr. au premier instant 215_0 au galv. cal.
au bout de 5 min. 100°
au bout de 10 min. 80°
4 coupl. donnèr. au premier instant 300°
au bout de 5 min. 160°
au bout de 15 min. 100°
6 couples donnèrent au premier instant près de 500°, mais l'effet diminua très-rapidement.

Dans ces expériences l'eau acidulée et les couples n'avaient jamais servi ; mais, après en avoir fait usage un certain nombre de fois et à des intervalles de temps considérables (plusieurs jours), on trouva que la différence d'effet résultant du nombre plus ou moins grand des couples diminuait sensiblement, et que même le plus petit nombre finissait par produire un effet plus intense que le plus grand. Ainsi on avait obtenu les résultats suivans dans les premières expériences :

Nombre des couples.	Degrés du galvanomètre calorifique.
2	53°
4	75°
6	97°
8	175°

Dans les dernières expériences on trouva : { avec 2 couples, 11 à 12° / avec 6 couples, 5 à 6°

Voici d'autres expériences faites lorsque la solution n'était plus que très-légèrement acide :

Au premier instant de l'immersion deux couples donnèrent 50°, mais au bout d'une minute leur effet calorifique fut réduit à 30° ; 14 couples parfaitement semblables donnèrent au premier instant 35°, au bout d'une minute leur effet calorifique fut réduit à 10° ; plus tard, lorsque la solution eut perdu presque toute son acidité, on observa que 2,4,8 et 16 couples donnaient à peu près tous au premier instant 20°, mais que cet effet éprouvait une diminution d'autant plus grande et d'autant plus prompte que le nombre des couples était plus considérable. J'omets, pour ne pas allonger inutilement, plusieurs expériences et notamment celles que j'ai faites en mettant en même temps dans le circuit les trois galvanomètres calorifique, chimique et magnétique placés à la suite les uns des autres, de manière que le courant pût les traverser successivement. Cette dernière catégorie de résultats se rapporte à un sujet sur lequel je reviendrai dans un autre travail, savoir, la modification dans ses propriétés diverses que le courant éprouve par son passage à travers différens conducteurs.

Je me bornerai encore à citer un fait de quelque importance, c'est qu'au moyen d'un galvanomètre magnétique très-sensible, je me suis assuré qu'en se servant de couples de zinc et cuivre qui n'avaient jamais servi et qui étaient plongés dans de l'eau pure, le maximum d'effet était obtenu avec deux, avec quatre et avec huit couples. Les couples avaient chacun un pouce carré de surface.

Les expériences que je viens de rapporter me paraissent suffisantes pour justifier les conséquences que j'en ai déduites et que j'ai énoncées en commençant. Il ne me reste plus qu'à montrer comment elles se concilient avec la théorie que j'ai donnée de la pile.

L'un des principes sur lesquels cette théorie est fondée est la neutralisation qui s'opère, par l'intermédiaire du liquide dans lequel plongent le zinc d'un couple et le cuivre du suivant, des deux fluides électriques contraires développés dans chacun de ces couples. Nous avons vu en outre qu'il faut que le nombre des couples soit suffisant pour que la pile conduise moins bien l'électricité que le corps interposé entre ses pôles. Maintenant on se demande comment, lorsqu'on a atteint ce nombre, l'addition de nouveaux couples peut diminuer l'énergie de la pile ; on conçoit à la rigueur qu'elle ne l'augmente pas, mais on ne voit pas au premier moment pourquoi elle la diminue. L'examen des circonstances qui accompagnent les expériences que nous avons rapportées plus haut nous fournira la réponse à la question que nous venons de poser.

Lorsque l'action chimique qui s'exerce à la surface des métaux oxidables des couples est vive et prompte, elle développe dans chaque couple des quantités d'électricité assez considérables pour qu'on puisse les regarder comme sensiblement égales dans le même temps, vu que les petites différences qui existent entre elles disparaissent quand on les compare à ces quantités absolues elles-mêmes. Il en résulte donc que tous les couples étant à peu près de même force, ce ne sera pas un nombre plus considérable de ces couples qui pourra rien changer à la quantité d'électricité qui circule dans un temps donné entre les pôles de la pile. Hors ce cas, qui ne se présente que rarement, l'action chimique, surtout lorsqu'elle est faible, ne peut pas être regardée comme développant dans le même instant sur tous les couples des quantités exactement égales d'électricité, et les différences sont d'autant plus sensibles que la quantité absolue d'électricité développée est moindre. Or, comme nous l'avons vu, la quantité d'électricité en circulation dans chaque couple et entre les pôles de la pile, est déterminée par celle que dégage le couple le plus faible. Il en résulte que, si dans chaque instant successif les différens couples ne dégagent pas la même quantité d'électricité, ce sera toujours, dans chacun de ces instans, le plus faible (tantôt l'un tantôt l'autre) qui déterminera l'état électrique de la pile. Dès qu'on a dépassé le nombre de couples nécessaire pour que les principes électriques ne se réunissent pas à travers la pile elle-même, on ne peut donc que perdre, lorsque l'action chimique n'est pas très-forte, par l'addition de nouveaux couples ; on augmente en effet le nombre des cas dans lesquels il peut y avoir pendant un temps donné un dégagement faible d'électricité, et par conséquent on diminue la quantité totale d'électricité qui peut circuler dans ce temps dans la pile et entre ses pôles. Il faudrait, pour éviter cet affaiblissement, qu'il y eût toujours simultanéité et égalité absolue entre les quantités d'électricité dégagées dans le même instant par chaque couple, ce qui est physiquement impossible, et

cela, d'autant plus, que le nombre des couples est plus grand et que l'action chimique est plus faible.

Appliquons ces principes aux expériences que nous avons rapportées.

Lorsque l'action chimique est très-vive (couples tout neufs, solution fortement acide), on peut bien arriver à ne pas augmenter les effets par une addition dans le nombre des couples, je n'ai jamais vu qu'on les diminuât. Lorsque l'action est moins vive, parce que les couples ont déjà servi, on trouve que le nombre de couples nécessaire pour produire le maximum d'effet est d'autant moindre que le conducteur placé entre les pôles est meilleur et que l'action chimique est moins vive. Ainsi dans les mêmes circonstances, le maximum d'effet magnétique (cas où le conducteur est le meilleur) est produit par 14 couples, le maximum d'effet calorifique (conducteur un peu moins bon) par 30 couples, et le maximum d'effet chimique (conducteur imparfait) par 120. Ainsi encore, l'action chimique étant très-vive, l'effet calorifique va en croissant avec le nombre des couples, jusqu'à 6 par exemple où il est de 97°, jusqu'à 8 où il est de 175°, tandis qu'avec 2 couples il n'est que de 53°, et avec 4 de 75°. L'action chimique étant moins vive, l'effet est plus fort avec 2 couples (11 à 12°) qu'avec 6 (5 à 6°). Il en est de même pour les autres effets.

Il ne nous reste plus qu'à expliquer pourquoi, lorsque l'addition d'un certain nombre de couples a diminué l'intensité des effets dynamiques de la pile, une addition plus grande, au lieu de continuer à la réduire, peut au contraire faire cesser cet affaiblissement et faire succéder un accroissement.

Remarquons d'abord que deux circonstances sont nécessaires pour que le phénomène que nous venons de rappeler se présente : la première, que l'action chimique exercée par le liquide soit extrêmement faible ; la seconde, que ce liquide soit, autant que possible, bon conducteur. Nous avons dit que pour obtenir un effet du courant à son plus haut degré d'intensité, il fallait que la pile fût composée d'un nombre de couples assez considérable pour conduire moins bien l'électricité que le conducteur interposé entre ses pôles. Mais, lors même que la plus grande partie de l'électricité circule à travers le conducteur, il arrive toujours qu'une proportion plus petite se réunit encore à travers la pile elle-même. Cette proportion va constamment en diminuant à mesure que le nombre des couples augmente ; d'un autre côté, la diminution qu'elle éprouve devient toujours moins sensible, à mesure que le nombre des couples s'accroît ; c'est une conséquence des lois relatives au passage de l'électricité à travers les diaphragmes métalliques placés dans des conducteurs liquides. Ainsi, si l'on ne considère l'influence du nombre des couples que sous ce rapport, on doit admettre qu'à mesure que ce nombre augmente, la proportion des deux principes électriques qui se réunit à travers la pile va en diminuant, et que par conséquent celle qui se réunit à travers le conducteur placé entre les pôles va en augmentant ; mais en même temps il résulte des lois relatives à la propagation de l électricité, que la diminution d'une part, et l'augmentation qui lui correspond d'autre part, déjà très-sensibles lorsque le nombre des couples est petit, le sont beaucoup plus lorsque le nombre en est considérable.

D'un autre côté le nombre des couples, lorsque l'action chimique est faible, occasionne une diminution dans la quantité d'électricité qui circule entre les pôles dans un temps donné ; c'est ce que nous avons fait voir il y a un instant. Ainsi sous un rapport, le nombre des couples augmente cette électricité, tandis que sous un autre, il la diminue ; cette augmentation et cette diminution ne sont point dans le même rapport avec le nombre des couples, et elles ne sont pas même, chacune séparément, dans un rapport constant avec ce nombre. On conçoit donc qu'il peut arriver facilement que, tandis que pour un certain nombre de couples c'est l'augmentation qui l'emporte sur la diminution, ce soit au contraire pour un nombre plus petit ou plus grand, la diminution qui l'emporte sur l'augmentation. Dès lors les alternatives, dans l'intensité des effets, deviennent une conséquence de l'opposition de ces deux causes agissant en sens contraire, avec des énergies qui ne sont soumises à aucune loi régulière ; et le nombre de couples qui correspond a chacune de ces alternatives doit, dans chaque cas particulier, dépendre d'une foule de circonstances variables, telles que celles qui tiennent à la nature des couples, à leur étendue, au degré d'acidité et de conductibilité du liquide employé etc. Or, c'est exactement ce que l'expérience nous apprend ; car dans les nombreux résultats que j'ai réunis sur ce point, et dont quelques-uns ont été rapportés plus haut, je n'ai jamais trouvé deux cas dans lesquels le même nombre de couples correspondît aux mêmes alternatives d'effets forts et faibles ; cela vient de ce qu'il est réellement impossible de replacer deux fois ces couples dans des circonstances parfaitement semblables sous tous les rapports.

Résumé.

Nous terminerons cette troisième partie en résumant les principaux résultats auxquels nous avons été conduits dans ce Mémoire.

1° Nous avons cherché à corroborer par de nouveaux faits, et en répondant à quelques objections, les conséquences que nous avions tirées des deux premières parties de ce Mémoire, relativement à la nécessité d'une action chimique pour la production de l'électricité voltaïque, et à l'impossibilité de développer l'électricité par le simple contact.

2° Nous avons exposé les principes qui nous semblent pouvoir rendre compte d'une manière complète de toutes les circonstances qui accompagnent la production de l'électricité voltaïque, et des anomalies apparentes que présente quelquefois le mode de développement de cette électricité.

3° Abordant la théorie même de la pile, nous avons montré comment, au moyen des principes exposés, on

peut expliquer par les neutralisations des électricités libres qui ont lieu de couple à couple, la production de l'électricité par cet appareil, et les divers caractères que présente ce mode de production.

4° Après avoir décrit les appareils qui nous ont servi à étudier et à mesurer les divers effets de la pile, nous avons passé à l'étude de ces effets, en distinguant les effets de tension et les effets dynamiques, ou de courant.

5° L'étude que nous avons faite de ces effets conduit à reconnaître que la quantité d'électricité accumulée aux pôles sous forme de tension, est d'autant plus grande que les deux principes électriques ont moins de facilité à se réunir à travers la pile elle-même, et que par conséquent cette pile renferme un plus grand nombre de couples. De même il faut, pour les effets dynamiques, que la pile soit assez peu conductrice, et renferme par conséquent un nombre suffisant de couples pour que les deux principes électriques se réunissent en plus grande proportion par l'intermédiaire des conducteurs placés entre ces pôles, qu'à travers la pile elle-même.

6° Nous avons vu que la quantité d'électricité libre, dégagée dans un temps donné sur chaque couple, n'exerce pas d'influence sensible sur la tension des pôles d'une pile, vu que ce genre d'effet n'est pas instantané, tandis qu'elle en exerce une très-grande sur l'intensité des effets dynamiques, et d'autant plus grande que les conducteurs interposés entre les pôles sont meilleurs; nous en avons déduit quelques conséquences pratiques sur la construction la plus avantageuse d'une pile voltaïque dans chaque cas particulier.

7° L'examen que nous avons fait de l'influence des diaphragmes métalliques homogènes, placés soit sur la route du courant entre les pôles d'une pile, soit dans l'intérieur même de la pile, nous a fait voir que cette influence était très-différente suivant la nature des conducteurs placés entre les pôles, et pouvait s'expliquer par une altération plus ou moins grande dans la conductibilité des conducteurs homogènes dans lesquels les diaphragmes sont placés.

8° En cherchant à apprécier dans toute son étendue l'influence du nombre des couples, nous avons été conduits à reconnaître que ce nombre, tantôt augmente, tantôt diminue l'intensité des effets d'une pile, et que ces variations dépendent de plusieurs circonstances tenant les unes à la pile, les autres à la nature des conducteurs interposés entre les piles. Nous avons montré par l'étude détaillée de ces circonstances, que les phénomènes auxquels elles donnent naissance, sont une conséquence de la théorie chimique de la pile, telle que nous l'avons exposée.

Analyse d'un Phosphate double de plomb et de chaux; par G. Barruel.

Ce minéral a été trouvé par M. J. Danhauser qui le découvrit en même temps que le plomb gomme et la dréelite dans la mine de la Nussière près Beaujeu département du Rhône : à ses caractères extérieurs, il crut que ce devait être une substance nouvelle, et lui assigna le nom de *nussiérite*, dans le cas où un examen plus approfondi viendrait confirmer son opinion.

La nussiérite est tantôt en cristaux rhomboédriques, très-obtus, presque lenticulaires, tantôt mamelonnée; la cassure est un peu esquilleuse, son éclat est gras et faible; sa couleur jaune, verdâtre ou grisâtre; sa poussière est d'un blanc jaunâtre, sa dureté un peu plus grande que celle du plomb phosphaté qu'elle raye difficilement.

Sa pesanteur spécifique à + 15° est de 5,0415. Chauffée dans un tube elle ne donne pas d'eau; chauffée au rouge elle ne perd rien; au chalumeau, sur un charbon, elle donne un globule d'émail blanchâtre hérissé de pointes; avec le borax, un verre jaunâtre; elle se dissout facilement dans l'acide nitrique sans effervescence.

L'analyse que j'ai faite n'a été pratiquée que sur la variété mamelonnée, les autres échantillons étant fort rares; elle repose sur un quartz hyalin qui a certainement fourni l'acide silicique de l'analyse.

		Oxigène.	
Acide silicique en petits grains transparens, gangue.	0,0720		
Chlorure de plomb.	0,0765		
Oxide de plomb.	0,4650	0,0330	0,0675
Chaux.	0,1230	0,0345	
Protoxide de fer.	0,0244	0,0055	
Acide phosphorique.	0,1980	0,1110	
Acide arsénique.	0,0406	0,0141	
	0,9995		

L'oxigène se trouve réparti de telle ménière que celui des oxides de plomb et de calcium est, en somme, à celui de l'acide phosphorique : : 3 : 5, et l'oxigène de l'oxide de fer, à celui de l'acide arsénique : : 2 : 5. On peut donc regarder ce minéral comme composé de :

Silice accidentelle.	0,0720	
Chlorure de plomb.	0.0765 =	$(Cl\ Pb^3)$
Phosphate de plomb.	0,5640 = 7	$(P\ Pb^3)$
Phosphate de chaux.	0,2220 = 7	$(P\ Ca^3)$
Arséniate de fer.	0,0650 = 2	$(As\ Fe^2)$

Ou même si l'on supposait le chlorure de plomb et l'arséniate de fer comme non-essentiels $(P\ Pb^3) + (P\ Ca)$.

On rencontre souvent des phosphates de plomb contenant du phosphate de chaux. M. Berthier, dans son savant traité d'analyse par la voie sèche, en cite plusieurs dont la densité varie de 6,092 à 7 et qui renferment de 0,111 à seulement 0,007 de phosphate de chaux. C'est la différence notable que présente la nussiérite qui m'a engagé à vous prier, Monsieur, d'insérer cette note dans les Annales.

Encyclographie

DES

SCIENCES MÉDICALES.

REPRODUCTION EN LANGUE FRANÇAISE DES OUVRAGES PÉRIODIQUES PUBLIÉS EN ANGLETERRE, EN ALLEMAGNE ET EN ITALIE SUR CES SCIENCES;

SAVOIR :

MEDICO-CHIRURGICAL REVIEW, BY JAMES JOHNSON;
MEDICAL QUARTERLY REVIEW;
DUBLIN JOURNAL;
LONDON MEDICAL GAZETTE;
LONDON MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL;
THE LANCET;
EDIMBURGH MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL;
MEDICO-CHIRURGICAL TRANSACTIONS;
JOURNAL FUER CHIRURGIE UND AUGENHEILKUNDE, VON GRAEFE UND WALTHER;
JOURNAL DER PRACTISCHEN HEILKUNDE, VON HUFELAND UND OSANN;
WISSENSCHAFTLICHE ANNALEN DER HEILKUNDE, VON HECKER;
PREUSSISCHE MEDICINISCHE ZEITUNG;
FRORIEP'S NOTIZEN AUS DEM GEBIETE DER NATUR UND HEILKUNDE;
HEIDELBERGER MEDICINISCHE ANNALEN;
CLARUS UND RADIUS, BEITRAEGE, ETC.;
WUERTEMBERG'SCHES MEDICINISCHES CORRESPONDENZ-BLATT;
MUELLER'S ARCHIV FUER ANATOMIE, PHYSIOLOGIE, ETC.
ZEITSCHRIFT FUER GEBURTSKUNDE;
CASPER'S WOCHENSCHRIFT;
OMODEI, ANNALI UNIVERSALI.

BRUXELLES,
ÉTABLISSEMENT ENCYCLOGRAPHIQUE, FAUBOURG DE FLANDRE.

1836.

GRAEFE U. WALTHER,

JOURNAL FUER CHIRURGIE U. AUGENHEILKUNDE.

Observations sur l'héméralopie; par le docteur Kaiso, médecin militaire à Berlin.

L'amblyopie crépusculaire, appelée ainsi par Sauvages (Nosol. method. class. 6, gen. 3, spec. 1.) a sans contredit été le plus fréquemment observée aux Indes orientales et occidentales et sous les tropiques en général; et Bampfield a suffisamment prouvé que les habitans des zones glaciales et des régions polaires sont, chez eux, moins sujets à l'héméralopie que quand ils vont visiter les pays situés au sud. C'est peut-être aussi la raison pour laquelle nous devons les rapports les plus détaillés, à l'égard de cette maladie, à des médecins de vaisseaux anglais, cet objet n'étant traité que trop superficiellement dans des ouvrages ophthalmologiques allemands qui sont cependant à préférer à ceux écrits par des Anglais sur la même matière.

Cependant, cette maladie se présente sous notre zone plus souvent qu'on ne paraît l'admettre; en Pologne et dans quelques provinces de la Russie elle est même endémique, d'un retour périodique et n'atteint presque généralement que les habitans du plat pays qui lui donnent le nom de cécité de poules (en polonais : *kurzyspik*, *kurzenta slepota*, en russe : *kurysta slepotu*), nom qui aura pris son origine chez eux par la ressemblance qu'ils croient voir entre cette maladie et le sommeil de leurs poules.

Le docteur *Math. Gutrie* à Saint-Pétersbourg rapporte dans une lettre adressée à M. *Duncan*, médecin à Edimbourg (*Mediz. Nationalzeitung fur Deutsland*, 1798, n° 4, p. 56), que pendant la guerre de la Finlande et *dans une nuit de printemps fort claire*, un détachement russe attaqua un autre corps de la même nation croyant avoir affaire à des Suédois, et cela parce qu'il y avait quelques centaines de soldats du premier corps atteints d'héméralopie. Sauvages (ouv. cité) l'a observée une fois, épidémique, près de Montpellier, et Richard (*Recueil d'observations de médecine des hôpitaux militaires*, tome II, p. 573) a fait la même observation à Belle Isle-sur-Mer et dans les derniers temps, M. le docteur *Kothe*, médecin en chef (*Berlines mediz. Zeitung*. 1833, n° 25) rapporte qu'une pareille épidémie s'est déclarée dans une maison de correction militaire à Torgau. Dans la province de Posen et parmi les soldats du 19me régiment d'infanterie qui y sont recrutés, j'ai également eu très-souvent l'occasion d'observer cette maladie et elle était tantôt sporadique tantôt épidémique.

Les Polonais sont tellement familiarisés avec ce mal que je ne me rappelle que très-peu de cas où le militaire qui en était atteint se soit présenté volontairement comme malade; la plupart ne furent remis entre les mains des médecins, par ordre supérieur, que quand ils s'étaient égarés de leur poste pendant la nuit, ou quand ils se heurtaient contre des arbres, des maisons, etc., etc. Mais ce qu'il y a de plus surprenant c'est que cette maladie a toujours épargné jusqu'à présent les Silésiens (des provinces de Glochau et de Liegnitz) servant dans le même régiment.

Le docteur *Leiche* à Saint-Pétersbourg (Voyez *Vermischte Abhandlungen* u. s. w. *von einer Gesellschaft praktischen Aerzte zu Sint-Petersburg*. 1823, 2e sammlung,) dit, que le plus grand nombre de cas qu'il a observés se manifestèrent à l'époque du carême, c'est-à-dire entre Noël et Pâques. En Pologne, la maladie se déclare le plus souvent vers la fin de l'hiver, surtout quand il a neigé beaucoup auparavant; cependant il n'est pas rare qu'elle se montre en plein été et principalement à l'époque de la moisson. On ne peut pas positivement affirmer que cette maladie attaque de préférence les adultes; mais quant aux enfans que l'on est généralement dans l'habitude de faire coucher de bonne heure il est rare que le médecin en soit instruit.

La durée de la maladie est parfois de quelques jours et quelquefois de 4 à 6 semaines. Elle est graduelle : de la vue légèrement troublée, jusqu'à cécité complète. Seulement ce plus haut et dernier degré de la maladie, qui paraîtrait ne se présenter que rarement, et pendant lequel la pupille ne réagirait plus pendant la nuit sous l'influence de la lumière factice la plus forte, mérite le nom d'amaurose périodique, dénomination trop universellement appliquée par Scarpa à cette maladie. Dans la presque totalité des cas, le nom d'amblyopie est le seul convenable.

D'après cela l'héméralopie paraît consister dans un état d'irritabilité exaltée des yeux, disposés d'une certaine manière et provoquée par une impression vive et continue de la lumière sur ces organes et qui pourrait être occasionnée par l'éclat de la neige, par l'uniformité d'un champ de blé luisant, par des faux brillans, etc., etc., aidés de l'action d'une lumière solaire intense. Or, l'œil qui y est habitué a besoin d'une lumière plus forte pour pouvoir remplir ses fonctions, de même qu'un verre de liqueur devient un véritable besoin pour l'estomac habitué aux boissons fortes. Mais en considérant l'organe de la vue comme un tout se réfléchissant sur lui-même, et qui en rapportant en même temps à un type propre les images principales de l'organisme, se

résume en lui-même; il en résulte que la maladie dont nous parlons est sans aucun doute une névrose, n'appartenant cependant en aucune façon au système du sympathique (ainsi, ni au ganglion ophthalmique, ni aux nerfs ciliaires, ni au rameau ophthalmique, ou *trigimini*), mais bien au nerf du sens de l'œil et à la rétine. L'absence de dérangemens végétatifs et morbides parle en faveur de ce raisonnement; car il n'y a jamais de douleur si elle n'est provoquée par des complications fortuites; la pupille est un peu dilatée et assez lente à se contracter, je ne l'ai jamais rencontrée à l'état d'immobilité comme cela a lieu chez la plupart des amaurotiques.

La cécité de poules, dite *Paracusis Willisii* (voyez *Thom. Willis, de animâ brutorum.* Amstelod. 1674, cap. XIV) serait donc en quelque sorte analogue à cette singulière barycoïte, dans laquelle les malades n'entendent que les sons prononcés très-bas et *seulement* lorsqu'il se fait un grand bruit autour d'eux: par exemple, ils entendent les mots prononcés par un interlocuteur lorsqu'en même temps on bat du tambour dans le lieu où ils se trouvent. Le sens de l'odorat est lui-même sujet à une pareille aberration, et je connais un médecin en réputation qui, étant lui-même un fort priseur, recommanda un jour publiquement à ses élèves de priser du tabac pour fortifier le sens de l'odorat.

Les gens sanguins, disposés à des congestions à la tête, et ceux travaillant le corps courbé, ainsi que ceux qui font abus de liqueurs fortes, les laboureurs, les moissonneurs, les matelots et les soldats paraissent être principalement sujets à l'héméralopie. Chez ces derniers on pourrait comprendre parmi les causes de cette maladie les manœuvres sur des plaines sablonneuses, sous l'influence de l'action irritante d'armes brillantes et de la lumière solaire; chez les matelots l'uniformité de l'aspect continu de la mer et le manque de variété d'objets.

Conséquemment on comprend facilement que pendant trois ans lors du cantonnement du 19me régiment dans les provinces rhénanes, où en hiver la neige ne séjourne que peu de temps, et où en été l'aspect du pays est suffisamment varié, on n'avait observé que très-peu de cas d'héméralopie, qui étaient toujours très-faibles; tandis qu'aux mois de mars et d'avril 200 militaires des compagnies cantonnées sur les hauteurs de l'Eirenbreitenstein et de Vfaffendorf près de Coblence, furent atteints de ce mal, dont les cas se succédèrent rapidement. Une ophthalmie catarrhale épidémique venait de la précéder; cependant on ne put alléguer l'identité de ces deux formes de maladies. Dans quelques cas les deux maladies se présentèrent à la fois sans que l'une exerçât sur l'autre une influence maligne. Cette fois-ci encore les Silésiens ne furent point atteints de l'héméralopie, bien qu'un grand nombre d'entre eux devint la proie de l'ophthalmie.

Il paraît donc hors de doute que la naissance de l'amblyopie dépend nécessairement d'une prédisposition climatérique. Par conséquent, si les Arabes, les Bédouins, les nègres et autres hordes traversant les déserts brûlans de l'Afrique, ne souffrent point de la nyctalopie, jusqu'à présent du moins on n'en a point connaissance, il est à considérer que l'organisme des yeux chez eux diffère de celui des habitans des pays du nord, de manière qu'ils peuvent non-seulement supporter l'éclat des lumières plus vives, mais aussi ils le recherchent avec avidité. Osiander (*Entwicklungsberichte* u. s. w. Bd. I. p. 222. *und derselbe, über den Selbstmord*, p. 108.) Attribue sans raison cette avidité, qui n'est en rien préjudiciable à la santé, à la prédominance du sang veineux.

Il est de fait qu'une nourriture commune et des efforts excessifs du corps doivent être d'une grande influence sur l'origine du mal chez des sujets qui y sont disposés, et des médecins anglais l'ayant observé principalement chez des matelots et des soldats de marine, le font résulter des mêmes causes que celles qui produisent le scorbut. J'ignore s'ils ont guéri cette maladie par les mêmes remèdes que ceux qu'on oppose à cette affection.

Quant au traitement de l'héméralopie, il est assez naturel qu'on se serve de remèdes domestiques contre une maladie si fréquente parmi le peuple. En Russie on se sert fort souvent d'une décoction de bluets; en Pologne, parmi les paysans pauvres et superstitieux on exerce beaucoup le charlatanisme: *Arroser les yeux avec de l'eau bénite est*, dit-on, *d'un excellent effet!* Parmi les remèdes populaires les plus efficaces, laver les yeux avec de l'eau de rivière fraîche est un des meilleurs à employer, et dans la pratique médicale l'application des douches sur les yeux serait, quant à son effet, à préférer à tout autre remède. Chez des personnes sujettes aux congestions, une saignée, ou du moins une application de sangsues est assurément indiquée; un saignement spontané du nez a aussi souvent guéri à l'instant ces malades. Parmi les purgatifs et vomitifs, se recommande surtout la dissolution du tartre émétique; cependant ces médicamens sont ordinairement superflus, excepté dans les cas où des symptômes gastriques réclament leur administration; souvent aussi leur effet sur la maladie se montre si tardif qu'on est dans le doute s'ils ont contribué ou non à la guérison. La plus grande partie des malades guérit d'elle-même dans le délai déjà cité plus haut, le dérangement de la vue diminuant peu à peu et disparaissant enfin entièrement. L'effet tant prôné de certaines méthodes de guérison spécifique proposées de temps à autre doit être d'autant plus douteux, qu'elles proviennent le plus ordinairement de médecins d'hôpitaux.

Singulière excroissance en forme de corne sur la main; par le docteur Steinhausen, médecin de bataillon à Sorau.

L'expérience de plusieurs médecins anciens et celle des praticiens de notre époque prouvent que l'organisme humain peut, par suite d'un changement survenu dans les

lois créatrices, donner naissance à des productions analogues à la corne de quelques espèces d'animaux.

C'est ordinairement à la tête que ces pseudorganisations se forment; rarement sur d'autres parties du corps. En conséquence le cas suivant sera rangé parmi les cas les plus extraordinaires de cette espèce, d'autant plus que dans celui-ci ce fut sur la main que se forma la base de cette excroissance qui était, quant à sa forme, sa croissance et sa texture, d'une ressemblance frappante avec une petite corne de bélier.

Anne Élisabeth Fischer, à Zullichau, âgée de 74 ans et mère de 4 enfans ne se rappelle pas avoir eu de maladies graves.

Dans son enfance, elle surmonta facilement celles qui accompagnent ordinairement cet âge, et elle ne fut malade qu'une seule fois, pendant son mariage; elle eut alors une éruption psoriforme, qui, d'après l'assurance qu'elle en donne, a été peu considérable et qu'on a guérie en peu de temps au moyen d'un onguent.

Ayant atteint l'âge de la décrépitude, il se forma, sans cause déterminée, sur le dos de la main droite une pustule remplie d'un liquide jaunâtre, qui creva; et alors il se forma une escarre qui se dessécha d'elle-même.

Cette escarre doit être considérée comme le commencement de l'excroissance en question, car elle s'endurcit bientôt, devint une substance cornée et prit, en croissant et peu à peu la forme d'une corne qui, suivant d'abord une direction droite, se courba ensuite et en grandissant continuellement la pointe vint enfin à toucher la main de la malade. Elle souffrait beaucoup et cela au point de ne pouvoir plus vaquer aux soins de son ménage. Ce fut la cause pour laquelle elle s'adressa à un médecin. On lui proposa l'extraction de la corne au moyen d'une opération; cette femme ne put s'y résoudre; on essaya donc pour atténuer la douleur occasionnée par la pression, de placer de l'amadou sous l'extrémité supérieure de la corne; mais au bout de quelques mois ce moyen avait entièrement manqué son effet, car, pendant l'accroissement de la corne, la pression qui n'avait été exercée jusqu'alors sur la main que par la pointe, devint en raison de l'obstacle y apporté, beaucoup plus forte à la base de l'excroissance et cette femme en éprouvait de violentes douleurs. On parvint enfin à la déterminer à se laisser opérer, ce qui se fit aisément au moyen d'une petite scie. Pendant longtemps cette personne n'éprouva plus de mal à la main; mais bientôt la racine de la corne qui était restée, commença de nouveau à croître, à devenir pointue et courbée, de manière qu'au bout de quelques mois l'excroissance avait repris entièrement la forme d'une petite corne de bélier, sauf qu'elle était cette fois un peu plus petite que la première fois, et elle aurait assurément atteint la même dimension si la mort de cette femme, qui eut lieu un an après l'opération, n'était pas survenue.

On ne put obtenir d'enlever la main, la dame Fischer ayant expressément recommandé à sa famille de ne point souffrir que des mutilations fussent exercées sur son cadavre. Seulement les parens de la défunte permirent qu'on prît le moule de sa main, lequel est encore maintenant en ma possession.

Absorption d'une cataracte, observée par le docteur Luzzato (1).

Bien que la disparition spontanée de l'obscurcissement déjà entièrement développé du cristallin, ne soit point une chose extraordinaire dans les annales de l'ophthalmiatrique, les exemples de ce genre se présentent si rarement qu'il ne sera pas sans intérêt de citer ici un cas de cette espèce observé par le docteur Luzzato.

Antonia Battagliarino avait remarqué depuis sa 42me année, un affaiblissement progressif de la vue de l'œil droit, et plusieurs médecins expérimentés de Padoue et de Vénise déclarèrent qu'elle était affectée de la *cataracte*.

En 1821 on engagea la malade à se laisser opérer, croyant, par ce moyen, lui rendre la vue; mais, comme l'œil gauche fonctionnait bien, la malade se refusa obstinément à toute opération. En 1829 il se manifesta une violente inflammation à l'œil cataracté; la malade s'adressa alors à Luzzato qui combattit l'inflammation par des remèdes antiphlogistiques. Pour enlever les exsudations provoquées par l'activité des vaisseaux absorbans, il fit frictionner les sourcils avec un onguent composé de calomel et de morphine, et il fit préparer une dissolution de l'extrait de belladone que l'on versa goutte à goutte de temps à autre dans l'œil.

Au bout d'un mois la malade était non-seulement délivrée de son inflammation et de ses suites, mais l'obscurcissement de la lentille avait également disparu tout à fait, de sorte que la malade jouit encore actuellement, à l'âge de 70 ans, de toutes ses facultés visuelles.

---

(1) *Antologia medica*, livr. du mois de février 1834, pag. 190.

MEDICO-CHIRURGICAL REVIEW,

BY J. JOHNSON AND H. J. JOHNSON.

Medical commentaries on puerperal fever, vermination and water in the head. By John Alexander, M. D. octavo, pp. 70. Longman and C°. 1836.

(Commentaires sur la fièvre puerpérale, la vermination et l'hydrocéphale; par JOHN ALEXANDER, M. D. octavo, 70 pages, Longman and C° 1836).

I. *Fièvre puerpérale.*

Le docteur Alexander est médecin à l'hôpital général de Manchester où un large champ est ouvert à ses observations et à ses expériences. La substance de ses documens a déjà paru dans les ouvrages périodiques.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans son histoire de la fièvre puerpérale depuis Hippocrate jusqu'à ce jour, car ce serait vouloir perdre du temps; le docteur Alexander prétend que la divergence d'opinions qui existe sur la nature et le siége de la maladie provient, en grande partie, de ce que l'on confond des affections différentes sous une même dénomination; établir une distinction exacte est donc de la plus grande importance.

« A partir du 2e jusqu'au 7e jour après un accouchement, en apparence heureux, la femme éprouve un froid quelquefois si violent qu'elle en ressent un frisson général; elle se plaint d'une pesanteur qui par momens lui fait éprouver une grande peine dans la région frontale; elle a l'esprit anxieux et irritable; sa contenance est triste. La prononciation est saccadée, le pouls plus vif et la respiration plus fréquente que dans l'état normal; elle éprouve une oppression précordiale, en même temps qu'elle ressent un malaise général dans l'abdomen qui est plus ou moins enflé, bien que la souffrance ne soit pas d'abord absolument pénible; souvent l'on a remarqué qu'elle éprouve une espèce d'apathie pour son enfant. En examinant l'état des divers vaisseaux sécrétoires nous avons trouvé que les sécrétions cutanées, lactées, rénales et utérines étaient plus ou moins supprimées. Ces symptômes sont accompagnés d'un affaissement général, d'autant plus remarquable dans beaucoup de cas qu'il est soudain; lorsque ces signes de la fièvre puerpérale vont en augmentant, et surtout lorsqu'ils ont un caractère adynamique, la malade meurt en peu de temps; cependant si le caractère de l'accès est différent et si les forces de la malade permettent de trouver tous les accidens que nous avons énumérés, elle est alors généralement attaquée par ce que les écrivains appellent le second degré de la maladie.

» Des tintemens dans les oreilles, des vomissemens de matières bilieuses, claires et de la couleur du café ou quelquefois verdâtres surviennent; la langue offre deux aspects différens. Elle est pâle ou excessivement rouge; une douleur vive et continuelle se fait sentir dans quelques parties de la région abdominale, ou bien une douleur d'une nature moins aiguë occupe d'une manière diffuse l'abdomen entièrement tendu; dans beaucoup de cas cette douleur semble occuper le péritoine; le pouls augmente en rapidité et en violence tout en conservant sa faiblesse; le docteur Blundell assure qu'il l'a rarement vu au-dessous de 115 pulsations, à moins que la maladie ne fut en voie de guérison. Il en a compté de 160 à 170; mais nos expériences nous ont démontré que le plus généralement le pouls va à 120. Les sécrétions continuent à être supprimées, excepté la salivation. Il est surprenant qu'à cette phase de la maladie le sujet, complétement affaibli, conserve des idées de rétablissement. Si la maladie suit son cours malheureusement trop ordinaire la femme arrive bientôt à la dernière période du mal que l'on reconnaît aux yeux éteints, avec les pupiles dilatées; le nez est d'une extrême maigreur, le teint coloré comme dans le typhus; les douleurs abdominales cessent presque subitement; le pouls est faible et irrégulier, et enfin les excrétions involontaires, le hoquet et le froid qui saisit les extrémités, signes habituels de la dissolution. »

L'autopsie donne des résultats qui varient plus ou moins selon la durée de la maladie. Si la patiente succombe promptement, l'on remarque après sa mort une infinité de phénomènes; si au contraire la fièvre est quelque temps avant de détruire la vie, l'on trouve beaucoup de lésions que l'on peut hardiment attribuer aux effets et non aux causes de la maladie; ce qui suit est la théorie pathologique ou la pathologie théorique de l'auteur. « Qu'est-ce que la fièvre puerpérale? C'est dans toute l'acception du mot *un relâchement des nerfs de l'abdomen*, (*aussi bien que du système nerveux en général, mais dans un degré moins élevé*), *un relâchement complet sui generis.* »

« D'après la nature de leurs fonctions, nous ne pouvons rechercher les connaissances physiques au-delà des observations faites sur l'influence morbifique qu'ils ont sur le corps humain. Mais nous affirmons que la fièvre puerpérale est totalement distincte de l'affection inflammatoire, (caractère qu'on lui accorde universellement), bien qu'elle se termine fréquemment par l'inflammation, ou qu'elle en soit la cause immédiate. Les raisons suivantes confirmeront ce que nous avançons: la physiologie a depuis longtemps prouvé que les nerfs

ne sont point les organes de la sécrétion, mais qu'ils la dirigent de même qu'ils le font dans l'acte important de la génération. Maintenant dans cette affection particulière à l'économie de la femme quels symptômes remarque-t-on dans ce que l'on appelle la première période de la maladie? Un froid répandu dans toute l'économie, la suppression de plusieurs sécrétions et un malaise général de l'abdomen; quand à ces symptômes se réunissent la douleur frontale, le malaise de l'esprit et le relâchement soudain des muscles, (ce qui est presque invariable), nous avons des preuves abondantes nous dirons même conclusives qu'une influence morbifique se fait sentir dans cette première période de la maladie... l'influence du système nerveux. »

« Cette affection est d'autant plus terrible dans ses résultats que la partie attaquée, la portion abdominale de ce système nerveux est plus importante, exerce de plus grandes sympathies; et rien n'est favorable comme la condition puerpérale à l'influence puissante de l'action morbifique. »

Nous pensons que ces raisons peuvent facilement s'appliquer à toutes les fièvres et même à toutes les espèces de maladies. Sans doute le système nerveux a l'initiative dans presque tous les maux qui attaquent notre pauvre machine, mais le système vasculaire se jette bien vite dans le cercle du désordre et il doit toujours être compté pour quelque chose. Le docteur Alexander admet cependant que la fièvre puerpérale, si elle n'a promptement une fin fatale, devient généralement, affection inflammatoire, communément appelée son second degré.

« L'inflammation peut attaquer le péritoine, l'ovaire, l'utérus ou les intestins ensemble ou successivement, ou bien elle peut s'attacher à un seul organe; mais il existe des causes déterminantes pour qu'une partie soit spécialement attaquée. Par exemple, les intestins souffrent s'ils ont été excités plus qu'ils n'auraient dû l'être; si la maladie a été précédée d'un travail forcé, c'est l'utérus qui est attaqué; c'est très-souvent le péritoine lorsque le froid est la cause première du mal. Enfin il y a une grande variation dans le siége de l'inflammation, et il est plus que probable que c'est la cause la plus naturelle de cette divergence d'opinions que l'on remarque entre les personnes qui ont écrit sur la pathologie de la fièvre puerpérale. »

Quand le docteur Alexander est appelé chez une femme atteinte de cette maladie, il examine l'abdomen; si le malaise est général et s'il n'augmente pas sous la pression de la main, il fait appliquer sur le ventre un large cataplasme de son légèrement étendu et constamment aussi chaud qu'il est possible à la malade de le supporter. Il est entièrement opposé aux vésicatoires. Il soulage le ventre avec des lavemens de coloquinte et de soude. S'il est appelé lorsque la maladie vient de paraître, il emploie la saignée, peu copieuse, il est vrai, avec quelque succès, même lorsqu'il n'y a seulement qu'une diathèse inflammatoire; mais plus encore quand il y a inflammation locale. L'auteur, d'accord avec Burns, prétend que la fièvre puerpérale ne doit pas être traitée comme les péritonites ordinaires. Il a toujours trouvé une action *bienfaisante* et *souvent merveilleuse* dans l'emploi du calomel et de la poudre de Dower.

« *Ces médicamens cependant ne doivent pas être prescrits d'après les doses ordinaires; il faut les administrer largement; quant à la dose exacte elle doit être (seulement) déterminée par ses effets, la prudence du praticien et l'intensité ou la violence du mal.* »

Son apéritif favori et habituel dans cette maladie est une combinaison d'huile de térébenthine et de castor en quantités égales; et lorsqu'il remarque des symptômes de défaillance, le vin épicé, l'eau-de-vie brûlée, l'éther et autres stimulans sont ses auxiliaires.

Tel est le précis et la substance de la brochure du docteur Alexander, en ce qui concerne la fièvre puerpérale; à l'exception des sangsues dont il ne parle pas, nous pensons que son traitement ne diffère pas matériellement de celui adopté généralement par la plus grande partie des praticiens.

II. *Vermination.*

L'attention du docteur Alexander fut, il y a environ six années, fixée pour la première fois sur cette maladie au sujet d'un enfant de cinq ans, affecté au dernier degré par des convulsions qui résistèrent à tous les traitemens jusqu'à ce qu'il eut rendu un lombric; alors il tomba dans un profond sommeil et ne ressentit plus de convulsions; soit avant, soit après cet événement il ne rendit aucun vers, bien qu'on lui eut administré des anthelminthiques. La cause des vers intestinaux est entourée d'une obscurité impénétrable. On l'attribue à une faiblesse du canal alimentaire, à des œufs introduits dans l'estomac, à un état particulier des sécrétions intestinales (lesquelles ne prouvent rien), à une gastro-entérite (Broussais), à une génération équivoque.

Quant au traitement, les ascarides sont souvent détruits et chassés par des injections aloétiques, suivies de purgatifs.

« Les symptômes auxquels l'on reconnaît la présence des *cucurbitana*, ou vers gros et courts, sont nombreux et d'un caractère commun. Les démangeaisons nasales et de l'anus existent, mais elles ne sont pas absolument sensibles; le tempérament est irritable; l'enfant est sujet dans son sommeil à des grincemens de dents, éprouve des secousses involontaires et laisse entendre de sourds gémissemens. La figure est de la couleur de la pâte; la peau est jaunâtre, les yeux sont faibles et fréquemment entourés d'un cercle noir; les lèvres et les narines sont épaisses, enflées et paraissent œdémateuses; l'haleine est fétide le matin; l'abdomen est enflé, plus ou moins dur, et la région ombilicale souvent douloureuse. Une douleur soudaine et violente dans l'épigastre est un symptôme commun de vermination, de même que les coliques qui viennent et disparaissent subitement. L'on observe dans l'urine deux différens aspects. Elle est pâle et en quantité abondante, ou ce qui est le plus ordinaire, elle est épaisse, en petite quantité et de la couleur du lait. Les déjections alvines sont tout à

fait irrégulières. Tantôt les excrémens de l'enfant sont durs et arrondis, tantôt ils tiennent de la diarrhée: mais toujours plus ou moins accompagnés d'un mucus gluant et pénible. Cette maladie est si commune chez les enfans qu'il est inutile de prolonger sa description. Il vaut mieux procéder au traitement employé pour sa guérison.

» 1° Nous commencerons par nous occuper du *régime* que l'on doit faire suivre à l'enfant ; les légumes frais, la pâtisserie, les *douceurs* et les viandes salées sont entièrement défendus ; le pain rassis, l'*arrow-root* ou sagou avec le lait composeront les repas du matin et du soir ; les viandes fraîches telles que côtelettes de mouton, beef-steak et poulet bouilli, *en petite quantité*, serviront au dîner ; à ces diverses choses l'on ajoutera, par mesure de changement, des bouillons des viandes ci-dessus avec un peu de bon riz. Il peut arriver, et c'est souvent le cas, que l'on objecte contre cette ordonnance que l'enfant presque toujours gâté n'en est pas content ; voici ma réponse, et il serait à désirer qu'elle fut celle des mères : *Laissez l'enfant bouder contre son appétit et vous verrez qu'il ne tardera pas à être content!* La période de l'abstinence est rarement longue ; elle est toujours bienfaisante.

» Ordinairement la guérison de cette maladie est constamment retardée par les parens qui n'ont pas le soin de se procurer la nourriture appropriée à l'état de l'enfant, ce qui est une raison de plus pour que nous appuyions sur la grande importance d'un régime sévère.

» 2° Quant à ce qui concerne le traitement, j'ai pour habitude de commencer par administrer la scammonée, le jalap et le calomel par petites doses appropriées à l'âge et à la force de l'enfant, de deux nuits l'une au moment de le mettre au lit ; le lendemain je lui fais prendre une quantité modérée d'huile de castor. Il y a deux raisons pour lesquelles je préfère ordonner les apéritifs en petites doses ; d'abord ils produisent plus d'effet comme *altérans* en traversant lentement le canal alimentaire ; ensuite dans la grande majorité des cas verminatifs dont j'ai été témoin, le petit patient a été plus ou moins affecté par un *prolapsus partiel* des boyaux après la défécation ; il est inutile d'ajouter que les purgatifs violens font de cette débilité locale une grande source de malheur. Je pense entièrement comme mon estimable ami et collègue, M. Scott, que le premier purgatif doit être administré à pleine dose, une libre évacuation étant nécessaire au soulagement des intestins. Le *gamboye*, justement parce qu'il est sans goût, constituerait un apéritif particulièrement propre aux enfans, mais c'est une drogue qui quelquefois, non-seulement occasionne des vomissemens, mais encore ne répond pas à nos vues, c'est ce qui m'empêche de recommander son usage ainsi que beaucoup l'ont fait. Lorsque les premières voies ont été *nettoyées* pendant une semaine, l'esprit de térébenthine mêlé avec de l'huile de castor pourra être employé avec les résultats les plus satisfaisans et les plus marqués ; il n'est pas rare lorsque l'on en fait usage de voir à chaque déjection des centaines de ces ennemis de l'enfance qu'il a forcés de déloger. »

III. *Hydrocéphale aigu.*

L'auteur définit ainsi cette maladie ; « *une affection spéciale du cerveau conduisant généralement à une effusion séreuse ou lymphatique.* » La maladie a ses trois périodes, *la congestive*, *l'inflammatoire*, et *l'effusive*, auxquelles Golis a ajouté une quatrième période appelée *paralytique*. Les raisonnemens et les remèdes de l'auteur n'offrent rien de nouveau. Il conserve un juste et sensible milieu entre les extrêmes dans lesquels on a souvent donné.

(N° 49, New series, 1836.)

REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE

ANGLAISE.

Observations sur un nouveau signe diagnostic des adhésions péritonéales ; par Richard Bright.

Les hommes de l'art doivent accueillir avec empressement tout progrès, quelque faible qu'il soit, dans le diagnostic, car malgré les détracteurs des découvertes modernes il est impossible de ne pas reconnaître, que c'est à la science du diagnostic, que la médecine devra sa plus grande précision, que le médecin connaîtra le temps favorable pour agir, ou pour s'arrêter, et qu'il pourra en quelque sorte appliquer ses remèdes avec sûreté. On a dit en parlant des opérations chirurgicales, que le chirurgien devait voir à travers les tissus, que les tissus et les différentes parties d'un organe devaient être transparens. Certes on peut dire la même chose pour le médecin. Il n'y a peut-être pas un seul cas ou le médecin puisse se passer du diagnostic, car les symptômes ne sont en réalité que les fils conducteurs qui doivent y mener. Il y a encore trop de conjectures dans la médecine pour que les meilleurs ne s'efforcent pas d'en diminuer le nombre.

Le diagnostic est en réalité la branche la plus importante de l'art de guérir, c'est la base du pronostic et d'une thérapeutique rationnelle. La substance des observations du docteur Bright, se retrouve dans ce passage que nous traduisons.

« Il me suffira d'établir comme une préface aux observations que je citerai, ce que j'ai observé dans plusieurs occasions : *Lorsque les circonstances de la maladie ont rendu probable que des adhérences peuvent s'établir entre les viscères et le péritoine de l'abdomen, le toucher perçoit une sensation particulière, qui varie entre celle de la crépitation produite par l'emphysème et celle que donne un cuir neuf, que l'on plie dans la main,* et dans les cas que je rapporte dans mon mémoire, j'ai eu occasion de découvrir par l'examen après la mort que des adhérences existaient dans les parties même ou cette sensation était perçue; tandis que dans tous les cas où je n'ai pas observé ce phenomène, je me suis assuré que cet état morbide n'existait pas. Je suis ainsi conduit à penser que les mêmes adhérences ont pu exister dans les cas même où je n'ai pu faire l'autopsie cadavérique. »

Le docteur Bright rapporte huit cas trop prolixes, pour que nous puissions les insérer. Nous rapporterons l'observation suivante.

« En avril 1832, je fus appelé en consultation avec le docteur Pidduck et le docteur James Clarck, pour un individu qui après une grave maladie, était sujet à une ascite, existant depuis deux mois d'une manière très-décidée. Je crois inutile d'entrer dans les circonstances minutieuses de ce cas ; il suffit de dire que la paracenthèse fut jugée nécessaire, et que M. G. Babington en retira à peu près quatre *gallons* d'un liquide séreux, pâle, clair, couleur de paille. Quinze jours après, la même opération eut lieu; on retira trois gallons de liquide, mais plus jaunâtre que le précédent. Deux jours après la seconde opéraration, je notai *une légère sensation de crépitation que l'on percevait distinctement sur la partie correspendante au foie et à l'épiploon ;* ce signe ne fut sensible que pendant deux ou trois jours, il diminua et ne fut plus distinct.

Dix jours après on retira sept litres d'un fluide clair, et quoique l'abdomen parut vide, il ne diminua point de volume et l'on sentait distinctement une dureté vers la partie correspondante au lobe gauche du foie, laquelle était attribuée à des rides ou plis formés par l'épiploon. Six semaines après on réitera la ponction, et l'on obtint un gallon de fluide d'une couleur claire.

Après cette opération le fluide cessa de s'accumuler, mais en juin 1834 le malade mourut.

Autopsie. — Tout l'abdomen est couvert de graisse ayant près de deux pouces dans certains endroits. On trouve deux pintes de liquide dans la cavité abdominale. *Le côlon et le péritoine étaient adhérens en masse sur les parois de l'abdomen*, le foie était sous les côtes, caché d'abord par une masse de graisse ridée par le péritoine et par des matières adhésives. Quand le foie fut retiré en bas, une couche de substance dure et cartilagineuse qui couvrait son lobe droit, s'en sépara. Les intestins grêles ne présentaient pas d'adhésion. Le foie était petit (*Médic. chirur. transactions*).

Il est à remarquer que cette *crépitation* qui peut être considérée comme un symptôme d'adhérences abdominales, n'existe que pendant un certain temps et qu'elle est transitoire. Cette *crépitation* paraît n'appartenir qu'à une certaine période de la formation des adhérences, probablement avant que la contraction des nouvelles fibres formées ait lieu. Le public médical est maintenant en possession de cette découverte diagnostique, c'est à lui d'en déterminer désormais l'exactitude et la valeur.

Le docteur Piorry parle dans ses leçons cliniques et dans son ouvrage sur la *percussion* d'un certain frémissement, qu'il regarde comme indice d'hydatides, dans les maladies du péritoine.

« La sensation que le doigt éprouve et qui accompagne le bruit, peut, dit-il, être entièrement comparée a

celle que donne une montre frappée sur la surface opposée au verre.» Dans un autre passage de son ouvrage, il dit encore : « Il est un son singulier que je n'ai observé que très-rarement. Il est impossible de rendre par les mots la sensation qu'il donne. Elle semble se rapporter à la fois au doigt qui percute et à l'oreille qui l'écoute ; le doigt éprouve une sorte de résistance élastique, qui le repousse et cela plusieurs fois de suite ; l'oreille perçoit un son qui ressemble au bruit humorique, quoiqu'il en diffère sous quelques rapports. Tout porte à croire que dans le cas que j'ai observé, il s'agissait de tumeurs hydatides. »

Il est de toute justice de reconnaître que la *crépitation* péritonéale annoncée par le docteur Bright, a été soupçonnée par M. Piorry. Ce dernier rapporte avoir rencontré ce frémissement que l'on pourrait prendre pour la *crépitation* de Bright, chez un malade du professeur Fouquier ; mais ne l'ayant rencontré qu'une fois et ce bruit ne s'étant pas manifesté les jours suivans, M. Piorry l'attribua à une erreur de sensation. Une seule chose peut nuire à ce rapprochement de M. Piorry et de Bright, c'est ce bruit comparé à une montre frappée sur la surface opposée au verre, il faudra sans doute un peu de bonne volonté pour appeler ce bruit une crépitation ; mais ne tenons pas à la lettre ; si M. Piorry a parlé du bruit comparé à une montre frappée sur la surface opposée, il a parlé aussi du frémissement. Quoiqu'il en soit, ce fait, observé par M. Bright, est du domaine de M. Piorry ; nul doute que cet observateur zélé ne soit des premiers à confirmer les observations du docteur Bright.

BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE.

Des artères de la conjonctive de la cornée; par le docteur RÖMER. Vienne, 1836, pp. 70, in-8°.

L'auteur de cette brochure commence par passer impartialement en revue les diverses opinions émises par les anatomistes sur l'existence de la membrane dont est recouverte la cornée. Une expérience très-simple, et qui consiste à jeter l'œil d'un animal dans l'eau bouillante, démontre que la cornée est recouverte extérieurement par une membrane qui, bien que continue avec la conjonctive scléroticale n'en diffère pas moins d'une manière remarquable. par son aspect, de cette dernière tunique, en même temps qu'elle est parfaitement distincte de la substance propre de la cornée. Cette membrane paraît être albumineuse, car dans l'expérience dont nous venons de parler, elle se coagule immédiatement et devient opaque, tandis que les parties palpébrale et scléroticale de la conjonctive ne subissent point ce changement. Le docteur Römer regarde la conjonctive comme une continuation des tégumens communs transformés en membrane muqueuse à l'intérieur des paupières et devenus membrane séreuse à la partie antérieure de la sclérotique. Il regarde les follicules de Meïbomius et caronculaires comme les glandes sébacées de la conjonctive; mais selon nous les follicules de Meïbomius s'ouvrent à travers la peau et non à travers la conjonctive. L'on sait que cette portion de la conjonctive qui recouvre les cartilages tarses est villeuse et papillaire, tandis que le reste de cette membrane est comparativement uni. Ce sont les fibres des premiers qui sont si développés et endurcis dans la conjonctive granuleuse. M. Burkard Eble (1) ne les regarde pas comme des organes sécrétoires, mais purement comme des papilles nerveuses semblables à celles de la peau et de la langue; mais elles ont quelquefois été considérées sous un point de vue général, comme des glandes muqueuses, et cette opinion paraît être aussi celle du docteur Römer.

A l'état normal, la conjonctive qui tapisse la surface interne des paupières est d'un rouge peu vif; tandis que la partie qui recouvre le globe oculaire est couleur de perle et offre *occasionnellement* aux angles de l'œil des raies rouges rampant isolément et qui ne sont autres que des vaisseaux sanguins. Après une injection passablement heureuse, la conjonctive palpébrale présente une couleur rouge et une apparence particulière veloutée, qui lui donne une grande ressemblance avec la membrane de Schneider qui recouvre le septum narium, tandis que la teinte perlée de la conjonctive oculaire disparaît pour faire place à une couleur rose foncée qui s'étend, en général, jusqu'au bord de la cornée; si l'injection est entièrement bien réussie les vaisseaux se prolongent jusqu'au centre même de la cornée où ils pénètrent évidemment et se perdent dans sa substance.

Les vaisseaux qui se distribuent à la partie de la conjonctive qui recouvre la portion antérieure de la sclérotique et la cornée, aussi bien que ceux qui appartiennent à la conjonctive palpébrale, proviennent des artères lacrymales, palpébrales, supérieures et inférieures, et de l'oculo-musculaire. Les petites branches de ces artères forment dans la partie de la conjonctive qui recouvre la portion antérieure de la sclérotique un réseau superficiel et un réseau profond. Le réseau superficiel naît de branches nombreuses partant des artères palpébrales supérieures et inférieures et de l'artère lacrymale, qui se divisent en plus petites branches et vont en serpentant jusqu'au bord de la cornée, où elles s'anastomosent et se réunissent au réseau profond. Ce réseau profond est formé d'une multitude de petits vaisseaux provenant en partie des artères oculo-musculaires et en partie des artères ciliaires, avant que ces dernières pénètrent dans la sclérotique. Les ramifications de ces deux réseaux forment au bord de la cornée une couronne vasculaire qui se trouve justement placée au-dessus du sinus veineux circulaire de l'iris. De chaque partie de cette couronne se détachent des ramifications infinies qui se dirigent vers le centre de la cornée et se perdent dans sa propre substance, après s'être encore divisées chacune en deux ou trois plus petites branches.

En résumé, la brochure du docteur Römer contient des documens précieux sur l'anatomie de l'œil.

(*Zeitschrift für die ophthalmologie*).

(1) *Ueber den Bau und die krankheiten der Bindehaut der Auges.* Wien, 1828. Traduit en français par E Delosen, Bruxelles, 1836.

J. C. JUNGKEN, *Die Lehre der Augenkrankheiten*, 2te Auflage (Traité des Maladies oculaires). Berlin, chez Schüppel, Bruxelles, chez Mayer et Somerhausen, rue de la Magdelaine. In-8°, 800 pages, 2e édition.

Le traité des maladies oculaires du professeur Jungken, de Berlin, est trop connu pour que nous en donnions ici une analyse; nous nous bornerons à dire que cette seconde édition est à peu de choses près, la reproduction de la première. L'auteur a surtout fait de nombreuses additions à son article *ophthalmie contagieuse* qu'il a étudiée en Prusse et qu'il est venu observer en

Belgique, en 1834; il a également joint quelques considérations nouvelles à l'ophthalmie des nouveau-nés et aux blennorrhées en général. Ce sont ces mêmes observations qui accompagnent le mémoire allemand qu'il a publié en 1834, à Berlin, sur l'ophthalmie qui règne dans l'armée belge (1). Elles n'accompagnent point la traduction de ce mémoire qui a été imprimée aux frais de notre gouvernement pour être distribuée aux médecins militaires. M. le docteur Canstatt en a rendu compte dans le *Bulletin médical Belge*; nous nous contenterons d'y renvoyer. F. C.

WILHELMUS THOMÉ. *De corneæ transplatatione*. Dissertatio inaug. med., Bonn, 1835. Bruxelles chez Mayer et Somerhausen; pp. 26, in-4°, 3 lith.

En détachant avec précaution, à une ligne de sa circonférence, la cornée d'un lapin ou d'un chien. (l'auteur se sert à cet effet d'un couteau formé de deux couteaux à cataracte (par extraction) de Beer, réunis par leur dos) et fixant ensuite sur les bords de cette incision, au moyen de deux sutures fines pratiquées vers les angles de l'œil, une cornée enlevée de la même manière à un lapin ou à un chien, la nouvelle cornée contracte en 24 ou 36 heures des adhérences avec toute la circonférence incisée. Elle conserve toute sa transparence, ou à peu près. Il n'est pas besoin d'appliquer un bandage sur l'œil ou de recourir aux antiphlogistiques. Il arrive cependant que la vue se trouble quelque peu, mais plus tard. Les essais tentés entre lapin et chien et chien et lapin ont parfaitement réussi. M. Thomé croit, d'après cela, que la cornée malade de l'homme pourrait également être enlevée de cette façon pour être remplacée par celle d'un animal (surtout par celle d'un cochon). Mais il ne l'a jamais tenté.

F. C.

Ueber die mercurialkrankheit; von E. M. A. HEIM. (De la maladie mercurielle). Erlangen, in-4°. 1835.

En sa qualité de chirurgien-assistant à la clinique d'Erlangen, l'auteur a pu observer la maladie mercurielle sous quelques-unes de ses formes et il en a fait le sujet d'une dissertation écrite avec beaucoup de talent.

Le chapitre Ier est consacré à la *définition*, aux *causes*, et à la *division* de la maladie. Il considère comme cause la plus prochaine (*nächste*) une dissolution et corruption du sang, comme cela a lieu dans le scorbut, avec *annihilation* de *l'irritabilité*, de la *sensibilité* et de la *réproduction!* il lui reconnaît une forme aiguë et une forme chronique. Chap. II *Symptomatologie et Diagnostic*. A. *Hydrargyrosis acuta*. Elle offre les genres suivans de gastrite mercurielle développée sous l'influence de trop fortes doses à l'intérieur de préparations mercurielles. 1) *Febris mercurialis, seu salivosa*; 2) *Exanthema mercuriale; stomatitis, Angina et salivatio mercurialis*. B. *Hydrargyrosis chronica*. Elle est la suite de la forme aiguë principalement de la salivation ou bien est due à l'usage longtemps continué de petites doses de mercure. A cette forme appartiennent; 1) *Angina mercurialis chronica*; 2) *Ulcus mercuriale*; 3) *Adenitis* (bubo) *mercurialis*; 4) *Rheumatismus merc*: (ce qui comprend la *scleritis mercurialis* ou *ophthalmia rheumatico-mercurialis*, *iritis rheumatico-mercurialis*, *retinitis mercurialis*, *amaurosis mercurialis*; 5) *Cachexia mercurialis*; 6) *Syphilis modificata*, *cachexia mercurialis*, *pseudosyphilis*, des symptômes de syphilis et de maladie mercurielle existant ensemble, mais ceux de cette dernière prédominant; 7) *Paralysis mercurialis* (*amaurosis mercurialis*, *tremos artuum mercuriale*, et *hemiplegia mercurialis*.)

Les chapitres III et IV sont consacrés au traitement de la maladie, et à passer en revue les ouvrages qui en ont traité.

Le chapitre V contient l'histoire d'une *paralysie mercurielle* observée à la clinique chirurgicale d'Erlangen.

Une fille de 24 ans, d'une bonne constitution contracta un écoulement blennorrhagique et plusieurs condylômes. Ces derniers, reconnus de nature syphilitique, furent traités par le dento-chlorure de mercure administré par la méthode de Dzondi, et la cure fut terminée 60 jours après l'apparition de ces condylômes. La malade avait pris en tout 36 grains de sublimé: quelques jours plus tard il se développa un sentiment de pesanteur à l'estomac, douleurs de tête, les yeux devinrent d'un brillant tout particulier, la figure prit une teinte de bleu-mourant, et la malade pouvait à peine se tenir debout à cause des vertiges qui survenaient. Un sentiment de raideur se manifesta à la main gauche et le bras de ce côté était d'une faiblesse extrême; insensibilité, état soporeux, sécrétion de salive augmentée. Enfin arriva la faiblesse des extrémités, un parler languissant et puis la paralysie de tout le côté gauche avec distorsion des muscles de la face et impossibilité d'articuler les paroles. Le traitement reposa sur deux indications: employer le souffre pour détruire le mercure qui se trouvait dans l'économie et diriger des moyens énergiques contre la paralysie. Bains sulfureux, frictions avec le liniment volatil camphré auquel on joignait l'alcool de soufre; à l'intérieur une infusion de valériane et d'arnica avec le foie de soufre, viande, thé vert et vin. Plus tard, bains aromatiques avec le fer; à l'intérieur infusion de valériane et d'arnica unie au camphre et *spirit. sulphur. æther. mart.*, et poudres composées de limaille de fer avec la cascarille.

Une guérison complète fut amenée par ce traitement, mais plus tard survint une faiblesse de toute la région scapulaire qui rendait les mouvemens d'élévation tout à fait impossibles. F. C.

(1) Ueber die Augenkrankheit, welche in der Belgischen Armee herrscht. Nebst einigen Bemerkungen über die Augenkrankheiten am Rheine und über Blennorrhœn in Allgemeinen. Berlin, 1834, in-4°.

Περὶ τῶν ἐν Κύθνῳ θερμῶν ὑδάτων παρὰ Θανερίου Λανδερερ, βασιλικοῦ φαρμακοποιοῦ. Ἐν Ἀθήναις, ἐκ τοῦ περὶ ἰδίωτ ἐργατμημ. Τῆς β. τυπογραφίας.

Tel est le titre d'une brochure publiée à Athènes, en 1835, par *Xavier Landerer*, pharmacien royal attaché à l'armée grecque. Cette brochure de 27 pages, écrite en grec moderne, traite des eaux thermales de Kythnos et sort des presses du gouvernement grec. L'une des sources a une chaleur de 32° R., l'eau sulfureuse a un goût salin (ἀλμυρὰν) et amer, et est d'une pesanteur spécifique de 2,015, etc., etc.

FRAGMENTA *aus dem Tagebuche betreffend* MEINE METHODE « *Menschen eines jeden Alters und Geschlechts vor dem Uebel des* STOTTERNS (pro *Tottelns*), STAMMELNS, LISPELNS, SCHNARRENS (pro *Schnatterns*), POLTERNS, NASELNS, *der* PARTIELLEN *oder* VÖLLIGEN STUMMERHEIT *oder* SPRACHUNFAHIGKEIT, *so wie* TAUBSTUMME *von der* STUMMHEIT, *ohne Anwendung einer chirurgische operation, sanft, schnell, gerviss und dauerhaft zu befreien. Einer schrift für jederman von doct.* PETER JOSEPH SCHNEIDER, *correspondent mitgliede der hytropatischen* (sic) *gesundheits vereins und verfasser der Biblischgeschichtlichen Darstellung der Musik der Hebräer, der Aphorismen uber cholera-morbus, oder widerlegung aller choleraschriften neuester zeit, der Musik und poesie, nach ihren wirkungen historisch kritisch dargestelt, oder : system einer medizinische Musik, u. s. w.*

C'est sous ce titre que le docteur Schneider que nous connaissons tous, raconte ses exploits dans le traitement du bégaiement et d'une foule de maladies qui ne vont pas s'aviser de résister à SA MÉTHODE ! Le titre du livre annonce que le docteur Schneider l'a écrit pour tout le monde (*eine schrift für jederman*); mais l'auteur a oublié de se servir d'expressions compréhensibles et d'autres sont tellement *communes* qu'on n'y entend rien à moins d'en avoir la clé et il est possible qu'il en fasse mystère comme de *sa méthode* de guérir le bégaiement, la surdité, etc., etc.

M. Schneider, comme tous les oculistes, dentistes, nomades, comme tous les marchands de spécifiques, etc., a placé à la fin de son livre les extraits de journaux sans oublier les certificats constatant les cures extraordinaires et sans nombre qu'il a faites dans les villes qu'il a parcourues. Comme eux, il fait suivre son nom de l'exposé de tous ses titres ; plus modeste que M. Giraudeau il ne va pas comme lui se faire M. *De Saint-Gervais* en prenant le nom du village où il est né. Mais on voit en tête de son livre qu'il est *membre correspondant de la société* HYTROPATIQUE (sic) *de santé ;* qu'il est *auteur des aphorismes sur le choléra* parmi lesquels, probablement, son hytropathie lui aura fait donner la préférence aux bols de punch de Magendie. Il nous apprend encore qu'il a composé une *Exposition biblio-historique de la musique des hébreux*, ainsi qu'un *système de musique médicale*. M. Schneider, très-fort, sans doute, en histoire, en littérature et en dilettantisme hébraïques, se sera souvenu, pour écrire ce dernier ouvrage, que Saül guérissait aux sons divins de sa harpe les fureurs du saint roi David.

Nous ne voudrions pas oublier de dire que le livre de M. Schneider a été imprimé à ses frais et qu'il se trouve en commission chez Renard et Dubyen, à Cologne. *Affranchir les lettres.*

F. C.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

(France).

COURS DE PATHOLOGIE INTERNE ; par G. ANDRAL, professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital de la Pitié ; professé à la Faculté médecine de Paris, recueilli et rédigé par AMÉDÉE LATOUR, docteur en médecine, rédacteur en chef du Journal Hebdomadaire. Livraison 10. Paris, in-8° de 144 pages. Librairie de Just Rouvier et Le Bouvier.

Cette livraison, la première du tome II, traite de l'hydropisie du tissu cellulaire, de l'œdème des nouveaux-nés, de la méningite aiguë et chronique, de la péricardite aiguë et chronique, de la pleurésie, de l'hydrothorax du pneumothorax, de la péritonite aiguë et chronique, et de l'ascite.

CLINIQUE DES PLAIES D'ARMES A FEU ; par M. L. BAUDENS, ex-chirurgien en chef des ambulances de de Medeha, Mascara et Tlemsen, etc. Paris, in-8° de 626 pages. Librairie de J. B. Baillière. 7 fr. 50 c.

LE MÉDECIN DES SALLES D'ASILE, ou Manuel d'hygiène et d'éducation physique de l'enfance ; destiné aux médecins et aux directeurs de ces établissemens, et pouvant servir aux mères de famille ; par L. CERISE, docteur en médecine. Paris, in-8° de 204 pages. Librairie de Hachette. 3 fr. 50 c.

DICTIONNAIRE HISTORIQUE ET ICONOGRAPHIQUE DE TOUTES LES OPÉRATIONS ET LES INSTRUMENS, BANDAGES ET APPAREILS DE LA CHIRURGIE ANCIENNE ET MODERNE, formant le complément de tous les autres dictionnaires de médecine ; par COLOMBAT (DE L'ISÈRE), docteur en médecine, fondateur du Gymnase orthophonique de Paris. Livraisons 4 et 5. Paris, 2 cahiers in-8°, ensemble 112 pages et 10 planches. Librairie de Just Rouvier et Le Bouvier. Prix de chaque livraison, 1 fr.

MÉMOIRE SUR LA PHYSIOLOGIE ET LA THÉRAPEUTIQUE DU BÉGAIEMENT, faisant suite au traité d'orthophonie, précédé de quelques considérations psycologiques sur l'origine des sons vocaux articulés ; avec plusieurs tableaux synoptiques et statistiques de tous les vices de la parole ; par COLOMBAT (DE L'ISÈRE), docteur en médecine. Strasbourg, in-4° de 62 pages. Levrault. — L'auteur.

De l'homme considéré sous le rapport de ses caractères physiques; par P. Garnot, docteur en médecine. Paris, in-12 de 36 pages, 2 tableaux et 6 planches. L'auteur.

Traité de diagnostic et de séméiologie; par P.A. Piorry, docteur en médecine, médecin de l'hôpital de la Pitié, agrégé à la faculté de médecine de Paris, professeur de clinique interne, membre de l'Académie royale de médecine, de la Société de médecine de Paris, des Sociétés médicales de Tours, de Boulogne, de l'Académie royale de médecine de Madrid, etc. Tome premier.

Ce premier volume contient la nomenclature organo-pathologique; les considérations générales sur le diagnostic, la séméiologie et le pronostic; un tableau sur l'interrogatoire méthodique des malades; l'exploration des organes chargés de la circulation (cœur, aorte, artères, veines, vaisseaux capillaires, vaisseaux lymphatiques, sang); l'exploration des organes chargés de la respiration (fosses nasales, larynx et trachée-artère, bronches, poumons et plèvres); enfin les principaux caractères diagnostiques des états organo-pathologiques que ces divers parties peuvent présenter.

Nous rendrons prochainement compte de cet ouvrage dont l'établissement encyclographique prépare une réimpression.

Manuel des bandages à l'usage des étudians en médecine; par F.-J. Lutens, docteur en chirurgie et en accouchemens, lecteur à l'université de Gand, etc, etc. Troisième édition, revue et augmentée des *principaux appareils de déligation* de M. Mayor de Lauzanne. — Bruxelles, 1836, 1 vol. in-18, de 186 pages, avec 7 planches lithographiées. Librairie de J.-B. Tircher, rue de l'étuve, no 20. 3 fr. 50

Nous rendrons compte de cet ouvrage dans notre prochain numéro.

(Allemagne).

Katona, *Beitrage zur erkentniss der Brustkrankheiten mittelst des stethoscops.* in-8°. Vienne 1836, Bruxelles, chez Mayer et Somerhausen. 1 fr. 50

Rothenburg, *Die cholera-epidemie des jahres* 1832, *in Hamburg.* in-8°, 120 pages (L'épidémie de choléra à Hambourg, en 1832), Hambourg. 2 fr.

Schreyer, Dissertatio de combustionum curatione. Bruxelles, Mayer et Somerhausen. 1 fr. 35

Bluff, *Reform der Heilkunde.* Leipsick, 1837, (Réforme de la Chirurgie) 1 vol. in-8° de 300 pages, Bruxelles, Mayer et Somerhausen. 8 fr.

Beck, *Dissertatio de arteriarum ligaturâ.* Leipsick, Otto Wigand.

Miescher, De inflammatione ossium eorumque anatome generali, in-8°, avec figures. Berlin, 1836, Bruxelles, chez Mayer et Somerhausen. 14 fr.

Dieterich, *Die Mercurialkrankheit in allen ihren formen.* Leipsick chez Kollman, in-8° (La maladie mercurielle, sous toutes ses formes) Bruxelles, chez Mayer et Somerhausen. 10 fr.

Moeller, *De tubæ Eustachianæ catheterismo.* Cassel, 1836.

F. R. Friedreich, *Systematisches Handbuch der gerichtlichen Psycologie für Medizinalbeamte, Richter und Vertheidiger.* Leipsick, 1835, 872 pages in-8° (Manuel systématique de médecine légale à l'usage des médecins, juges et avocats).

Ed. Jorg. *Die fœtuslunge im geborne kinde, für Pathologie, Therapie, und gerichtliche Arzneiwissenchaft geschildert.* Mit 1 Kupfert. Grimma, 1835, 265 pages in-8o.

Von Berthold. *Neue versuche über die Temperatur der kaltblütigen Thiere.* (Nouvelles recherches sur la température des animaux à sang chaud). Gottingue, 1835, in-8°.

Conradi. *Beitrag zur geschichte der Manie ohne Delirium* (Introduction à l'histoire de la manie sans délire). Gottingue, chez Dietrich, in-8°.

Doebel, *De adultorum procidentiâ tunicæ mucosæ intestini recti.* Marburgi, 1835, in-8°.

Federigo. *Prospectus generalis ad morborum ætiologiam pertinens.* Patavii typis seminarii, gr. in-8°, 223 pages; 3 lithog.

Ehmert, *Observationes quædam microscopicæ in partibus animalium pellucidis institutæ.* Berlin, 1835, in8°.

Lehfeldt, *Nonnulla de vocis formatione.* Berlin, 1835, in-8.

Lamperhoff. *De vesicularum seminalium naturâ atque usu.* Berlin, 1835.

Purkinje et Valentin. *De phænomeno generali et fundamentali motûs vibratorii continui in membranis cum externis tum internis animalium plurimorum superiorum et inferiorum ordinum obvii commentatio physiologica.* Wratislavice, 1835, gr. in-4o.

Dewitte. *Luxationes experimentis illustratæ.* Berlin, chez Rumer, 1835.

Frank. *Praxeos medicæ universæ preceptæ.* Leipsick, 1835.

Harless. *Servilii Damocratis, quæ supersunt carmina medicinalia.* Bonn, typis C. Georgii.

Bernhardt. *Symbolæ ad ovi mammalium historiam ante prægnationem.* Vratislavii apud Friedlander.

Maizier. *De partu post matris mortem spontaneo.* Berlin, 1836.

Guenther. *De febre abdominali nervosâ.* Cassel, 1836, in-8o.

Muller. *De spinâ ventosâ et de osteogeniâ.* Cassel, 1836, in-8o.

Panizza. *Sanguinis sub adspectu medico-criminali consideratio.* Mediol., 1834, in-4o.

(Hollande).

Schroder van der Kolk, (professor) *Eene voorlezing over het verschil tusschen doode Natuurkrachten, Levenskrachten en Ziel*, enz., 2de druk. Utrecht, by C. Van der Post, 1835.

Potgieter. *Bydrage tot de geregtelyke Geneeskunde.* avec planche, Leyde, 1835, in-8o.

Galama. *Verhandeling over het Mederkoorn*, deszelfs boedanigheden, oorzaken, waren aard, uitwerkselen op dierend en op het menschelyk lichaam in den



gezonden toestand alsmede deszelfs werkingen als geneesmiddel. *Groeningue*, chez Oomkens, 1834, in-8°, 219 pages. 1 fl. 65 cents.

Van Cooth. *Medicina externa morborum externorum,* sive methodi jatrolepticœ et endermaticœ expositio historica, physiologica et therapeutica, necnon utriusque comparatio. Utrecht, chez J. Altheer, imprimeur de l'Université, 1834, pp. 617, in-8°.

J. F. Kerst. *Heelkundige mengelingen.* Utrecht, 1835, pp. 256, in-8°.

C. B. Tilanus. *Schets der Heelkunde*, tot leidraad voor zyne lesse. Amsterdam, 1835, pp. 193, in-8°.

(Angleterre).

John Stephenson. *Medical Zoology,* and *Mineralogy;* or illustration and descriptions of the animals and minerals employed in medicine, etc. 1 vol. in-8°, avec 47 planches coloriées. Londres, chez J. Churchill, 1837.

Granville. *Graphic illustrations* of *abortion* and the diseases of *menstruation.* Londres, 1836.

Everard Home. *Lectures on comparative anatomie.* 6 vol. in-4°, 400 planches.

John Hennen. *Principes of military surgery;* comprising observations on the arrangement, police, and practice of hospitals; and on the history, treatment and Anomalies of variola and syphilis. Illustrated with cases and dissections; in-8°, 2 volumes.

Colquhoun, advocate. *Isis revelata:* an Inquiry in to the Origine, progress and Present state of animal Magnetism. Edimbourg, 1836, 2 vol.

James Murray. Observations on the Medical and surgical Agency of the Air-pump. Dublin, 1836, in-8°.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

—

Séance du 23 octobre.

Présidence de M. Louyer-Willermay.

Correspondance officielle.

1° Lettre ministérielle du 18 octobre, avec envoi de quelques bouteilles d'une source que le sieur Guiber dit avoir découverte sur sa propriété près du bel établissement minéral de Grevoulx.

2° Lettre *idem, idem,* avec envoi de la recette et de l'échantillon d'une tisane purgative proposée par la dame Raphanel.

3° Lettre *idem*, *idem*, avec envoi d'une notice sur les heureux effets des fumigations de tabac contre la goutte.

4° Lettre *idem*, *idem*, avec envoi d'un rapport sur une épidémie de fièvres puerpérales qui a régné dans la commune de Rimbing.

5° Lettre *idem*, *idem*, avec envoi d'une boîte contenant un remède secret proposé par madame Ponchot.

6° Lettre *idem, idem,* avec envoi d'une nouvelle méthode de traiter le choléra, proposée par le docteur Le Ray, de Nantes.

7° Lettre *idem, idem*, avec envoi des états de vaccination du département de la Seine.

Correspondance manuscrite.

1° Lettre de M. Bouvier sur l'opération de l'empyème, avec envoi d'un trois-quarts avec lequel on n'a pas à craindre l'introduction de l'air dans la poitrine.

2° Lettre du même, contenant quelques réflexions sur l'inoculation de la variole aux vaccinés.

3° Lettre de M. Robert, de Marseille, annonçant qu'il a reçu des nouvelles de Naples qui lui annoncent l'apparition du choléra dans cette ville.

4° Lettre de M. Fabien Thomas : il se porte comme candidat aux places de correspondant, et envoie l'observation d'une amputation de cuisse.

5° Lettre de M. Moreau, avec envoi d'un tableau numérique des malades traités à Bone, en Afrique, pendant les années 1833, 1834 et 1835.

6° Lettre de M. Etoc-Demazy : il se porte comme candidat aux places de correspondant, et envoie deux mémoires manuscrits intitulés : l'un, *Sur les formes de la folie et ses rapports avec la civilisation ;* l'autre, *Statistique médicale de l'asile des aliénés en* 1835.

7° Lettre de M. Vigier, de Pontoise : il se porte comme candidat aux places de membre correspondant, et envoie un manuscrit intitulé : *Ponction recto-vésicale.*

8° Lettres de MM. Malapert : même objet.

9° Lettre de M. Houdart : même objet.

Après le dépouillement de la correspondance, le bureau propose la composition de la commission qui, à la demande de M. Louis, doit rédiger une instruction sur la phthisie. Elle sera composée de MM. Louis, Villermé, Guersent, Gérardin, Roche, Bouillaud et Rochoux.

— M. Roux demande à rectifier quelques inexactitudes qui lui sont échappées dans la dernière séance. Il a dit qu'il avait pratiqué la ponction trois ou quatre fois sur l'unique malade qu'il ait opéré de l'empyème avec succès, c'est une erreur ; il n'a fait qu'une seule ponction, après quoi il introduisit et laissa dans la plaie une petite sonde de gomme élastique, pour donner issue au liquide. Au surplus, M. Roux a pris des notes très-circonstanciées sur son malade, et il en promet l'histoire pour la prochaine séance, qui aura lieu jeudi au lieu de mardi, à cause de la Toussaint.

Recherches chimiques et médicales sur l'urine de l'homme ; par G. Duvernoy, médecin à Stuttgard.— Rapport de M. Laurent.

Persuadé de la nécessité d'étudier les urines, soit pour apprendre à connaître les maladies, soit pour en prévoir l'issue, M. Duvernoy s'est livré à de nombreuses recherches. Sous le point de vue chimique, il n'a rien ajouté à ce qu'en a dit Berzélius. A l'égard de la séméiotique, il établit que, dans les maladies fébriles,

1° L'urine sécrétée en petite quantité est d'une couleur foncée ;

2° Au déclin de la fièvre, l'urine dépose un sédiment plus ou moins considérable qui offre les colorations variées du rouge de sang, de la brique ou de la rose.

Il établit en outre que la fièvre développe des acides qui ne se retrouvent pas au même degré dans l'état de santé.

M. Chevallier. Si j'ai bien entendu, l'auteur du mémoire dont on vient de nous rendre compte, attribue l'abondance des acides qu'il a trouvés dans les urines à un état pathologique. J'ai lieu de croire qu'en cela il s'est trompé. Il faut savoir que l'acide urique est naturellement très-abondant, et qu'il le devient encore davantage après bien de circonstances, comme, par exemple, après une marche forcée, un repas copieux, etc.

Les eaux de Vichy ont une merveilleuse propriété pour dissoudre les calculs formés d'acide urique. J'ai expérimenté qu'un calcul pesant trente-quatre grains, plongé dans l'eau de Vichy, avait perdu vingt-six grains au bout de quelques jours.

M. Bouillaud. L'étude des urines est assez négligée par les médecins, c'est une chose à regretter. Je m'en suis quelque peu occupé, non pas en chimiste, mais en médecin, et j'ai obtenu quelques résultats qui me pa-

raissent dignes de vous être communiqués. Vous savez que naturellement les urines sont acides ; elles conservent ce caractère dans toutes les maladies inflammatoires. Il en est autrement dans la fièvre typhoïde, que j'appelle *entérite folliculeuse*. Si, dans la première période, les urines restent acides, elles deviennent franchement alcalines dans la seconde; mais comme cet état ne leur est pas naturel, elles reprennent leur acide à mesure que la convalescence approche. Je n'ai pas besoin de dire que j'ai fait mes expériences au moment où, les urines venant d'être rendues, étaient encore toutes chaudes. J'ai rarement trouvé les urines bourbeuses, jumenteuses dont parlent les auteurs, excepté peut-être dans les phlegmasies qui sont déjà en suppuration.

M. Orfila. Dès 1824, j'ai constaté les mêmes variations dans l'urine que M. Bouillaud, et je n'ai pas attendu que les urines fussent dans le vase pour faire mes expériences; au moment de l'émission, j'exposai au jet un morceau de papier bleu de tournesol, et je l'ai vu devenir rouge ou vert, selon qu'elles étaient acides ou alcalines.

L'alcali qu'elles contiennent est du carbonate d'ammoniaque, lequel provient de l'urée, ce qui prouve que les substances animales peuvent se décomposer du vivant du malade.

M. Martin-Solon. Il faut, dans ces expériences, donner une grande attention au vase qui reçoit les urines. Dans les hôpitaux, ces vases, ordinairement en métal, ne sont pas toujours très-propres, et il se fait à l'instant une décomposition qu'on pourrait prendre pour l'effet d'un état pathologique. Quoi qu'il en soit, il est certain que les urines subissent des variations considérables par l'effet des maladies. A la liste des maladies propres à les rendre alcalines, j'ajouterai les maladies des reins.

M. Dupuy. Je ne m'étonne pas que M. Bouillaud ait rarement trouvé les urines jumenteuses : c'est un caractère fort commun dans les chevaux et dans tous les animaux herbivores, parce que les urines de ces animaux contiennent beaucoup de sous-carbonate de chaux; mais les urines de l'homme n'en contiennent point, ou n'en contiennent que très-rarement.

M. Blandin. Ce n'est pas seulement dans les maladies des reins que les urines sont alcalines; je me suis assuré qu'elles ont le même caractère dans toutes les phlegmasies des voies urinaires, soit des reins, soit des uretères, soit de la vessie. Il suffit d'introduire une sonde dans la vessie pour les rendre alcalines d'acides qu'elles étaient.

M. Olivier. M. Dupuytren avait fait une observation inverse : il avait remarqué que dans les paraplégies et dans toutes les paralysies de la vessie, l'acide urique devient si abondant, qu'il se dépose en couches épaisses sur toutes les parois de la vessie.

M. Baron. J'ai à citer un fait qui ne saurait s'accorder avec ce que vient d'avancer M. Dupuy. Un homme essentiellement hypocondriaque souffrait de la vessie, ses urines indiquaient, en effet, une lésion assez grave; elles étaient troubles et blanches. J'ai prié M. Bondet fils de faire ces analyses ; il y a trouvé une assez grande quantité de carbonate d'ammoniaque pure trempe, je voulais dire de carbonate de chaux.

M. Guibourt. On dit que les urines se décomposent facilement lorsqu'elles sont sorties de la vessie : il faut s'entendre. Lorsqu'on a soin de les renfermer toutes chaudes dans un vase bien clos, elles s'y conservent au contraire assez longtemps avec leurs qualités propres : elles ne deviennent alcalines que par leur exposition au contact de l'air.

M. Roux. Je ne crois pas que l'urine se décompose tant qu'elle est enfermée dans la vessie; ce qu'il y a de certain, c'est que je l'ai vue sortir claire et parfaitement limpide après toute espèce de rétention; mais alors il peut se faire que la membrane muqueuse s'irrite; cette irritation appelle une abondante sécrétion de mucus, et c'est cette matière qui se décompose et produit de l'ammoniaque.

M. Ségalas. Je n'ai pas dit que l'urine devînt alcaline par le seul fait de sa rétention dans la vessie, j'ai dit ce que vous venez d'entendre de la bouche de M. Roux, quoiqu'en d'autres termes. Au surplus, il n'est pas étonnant que l'urine reste claire et limpide, car il se fait très-peu d'absorption dans la vessie. J'ai pu introduire dans la vessie d'un chien jusqu'à deux gros d'extrait alcoolique de noix vomique sans déterminer des accidens graves, tandis que tout le monde sait qu'il suffit d'en ingérer quelques grains dans l'estomac pour produire la mort.

Après cette discussion, le rapport de M. Laurent est mis aux voix et adopté.

Rôle que joue l'acarus de l'homme dans la production de la gale; par M. Albin Gras. — Rapport de MM. Biett, J. Cloquet et Maury.

A l'entrée de son mémoire, M. Albin Gras se fait une série de questions qu'il discute dans la suite, et auxquelles il répond par les conclusions suivantes :

1° L'acarus existe sur la grande majorité des galeux, et très-probablement sur tous tant qu'ils n'ont pas commencé le traitement ;

2° Après la destruction des acarus, la démangeaison et l'éruption vésiculeuse, pustuleuse et papuleuse peut persister quelquefois et se reproduire pendant un temps plus ou moins long, et ne céder enfin qu'à un traitement méthodique : mais le mal n'est pas contagieux.

3° Les acarus sont les agens de la contagion de la gale.

4° Les insectes occasionnent très-probablement cette maladie non-seulement par l'irritation locale qu'ils excitent, mais encore d'une manière spécifique et inconnue.

— M. Emery. Je réclame en faveur de M. Renucci le mérite d'avoir retrouvé l'acarus : il a fait plus, il nous a appris où il se tient, en sorte qu'aujourd'hui chacun peut se donner le plaisir de le voir à peu près quand il veut. C'est encore M. Renucci qui a établi que l'acarus donne la gale. M. A. Gras a répété les mêmes expé-

riences; il a essayé d'inoculer la gale en plaçant cet insecte sur la peau, et il dit qu'il y est parvenu. Mais, d'une part, ces expériences sont au nombre de deux seulement, et, de l'autre, il est douteux pour moi que ce qu'il a pris pour la gale soit en effet la gale. Quoi qu'il en soit, après avoir regardé l'acarus comme formant l'essence de la gale, M. Gras cherche comment il se transmet : est-ce en agissant mécaniquement? est-ce en produisant un virus particulier? Et il incline vers cette dernière opinion, ne pouvant comprendre autrement pourquoi il n'existe nuls rapports entre le nombre des acarus et celui des vésicules. Mais j'ai des raisons de croire qu'on confond ici les vésicules de la gale avec l'eczéma. Il est rare, en effet, que la gale existe dans son état de simplicité; presque toujours il s'y trouve mêlé une foule de petites vésicules qui peuvent en imposer à des gens peu exercés, mais qu'il est facile de distinguer avec de l'habitude.

M. Biett. On m'a fait dire que la gale présentait des symptômes tels qu'ils indiquaient quelquefois la présence de l'acarus, quoique cet insecte n'existe pas. Je n'ai pas dit cela. Je me suis prononcé à cet égard avec une extrême réserve. J'ai fait pendant longtemps des recherches pour trouver l'occasion sans pouvoir y réussir; mais je l'admettais sur la foi de quelques auteurs recommandables, et notamment de Morgagni. M. Rennuci n'a pas le mérite d'avoir découvert l'acarus, d'autres avant lui avaient fait cette découverte; mais il a celui d'avoir indiqué les lieux où il se tient. Jusqu'ici on cherchait toujours dans les vésicules, et nous savons aujourd'hui que c'est à côté qu'il est. Ce n'est pas non plus M. A. Gras qui a dit le premier qu'il n'y avait pas de proportion entre le nombre de pustules et celui des acarus. Un médecin anglais a fait à Madère des expériences qui l'ont conduit à la même conclusion.

M. Manry. On ne peut élever aucun doute sur la possibilité de transmettre la gale en transmettant l'acarus. M. Pariset a fait faire cette espèce d'inoculation sur deux aliénés, et elle a si bien réussi, que l'un d'eux a transmis ensuite la maladie à sa famille; l'autre, ajoute M. Pariset, a recouvré promptement l'usage de ses facultés intellectuelles.

— M. Amussat présente un instrument inventé par M. Thompson pour pratiquer la suture.

— Le même présente deux squirrhes du sein dont il a fait l'extirpation. Il dit à ce propos que ces malades attendent en général beaucoup trop avant de se faire opérer. Il a fait la torsion des artères dans les deux cas.

Nouvel appareil pour les déviations de la colonne vertébrale.

M. Bouvier présente un nouveau *plan* orthopédique pour le traitement des courbures du rachis. Le malade, couché sur ce plan, lui imprime un balancement qui produit l'extension de l'épine par le poids des parties inférieures du corps, en même temps qu'il exerce le système musculaire suivant le mode le plus favorable au redressement des courbures. Cet appareil, qui n'a rien d'effrayant pour les jeunes malades, auxquels il procure un délassement agréable, se distingue particulièrement par la simplicité du mécanisme à l'aide duquel il produit un effet qu'on n'avait pu obtenir jusqu'ici que par une grande complication de machines.

Séance du 3 novembre.

Présidence de M. Louyer-Willermay.

Discussion sur les nominations des membres correspondans. — Communication sur le cow-pox de Rambouillet. — Empyème thoracique. — Séance secrète.

1° *Nomination des correspondans.*

A l'occasion du procès-verbal, M. Nacquart prend la parole et appelle l'attention de l'assemblée sur la valeur de l'article 40 du règlement, qui établit que nul ne peut être nommé membre de l'Académie sans en avoir d'abord fait la demande formelle. L'orateur pense que cette condition est convenable pour l'élection des membres résidens, mais il n'en est pas de même des correspondans. Pour les premiers, en effet, il faut des hommes qui, indépendamment des autres qualités requises, aient la volonté de consacrer une partie de leur temps aux séances et aux labeurs de la savante compagnie. Pour les seconds, au contraire, comme il n'est pas toujours certain que ce sont les médecins les plus capables que chaque pays renferme qui font la demande en question, il pourrait en résulter que l'Académie ne rendît pas justice aux hommes les plus distingués. M. Nacquart désirerait donc que ce système de nomination des correspondans par demande fût aboli, et surtout qu'on ne nommât pas les associés par fournées, ainsi qu'on l'a fait dernièrement. Effectivement, dit-il, beaucoup de confrères savans, dignes de nos suffrages, sont peu satifaits de se voir nommer correspondans à côté d'une kyrielle d'autres noms qui ont été glissés dans la foule.

M. Hippolyte Cloquet approuve le discours du préopinant, et cite un fait curieux à l'appui de l'inconvénient des nominations par fournées. Lorsque la société de la Faculté de médecine nommait aussi ses correspondans de cette manière, il est arrivé une fois qu'on a envoyé un diplôme à un préfet de l'Empire qu'on avait cru médecin. Etonné, et tout confus d'un pareil honneur, ce magistrat renvoya le parchemin à sa source, en regrettant vivement de n'avoir jamais eu aucune teinture de médecine!

M. Delens, tout en partageant la manière de voir de M. Nacquart, fait observer qu'on ne peut pas s'écarter des termes du règlement, à moins de faire une proposition au ministre, afin d'obtenir une modification de l'article en question. (Ordre du jour. Adopté.)

2° *Cow-pox de Rambouillet*

M. Gérard communique à l'Académie qu'ayant rencontré le cow-pox sur les vaches de Rambouillet, il s'est



livré, conjointement avec d'autres médecins du pays, à des expériences comparatives multipliées dont il a rédigé un bulletin très-circonstancié, qu'il communiquera dans la prochaine séance à la compagnie. M. Gérard a inoculé le cow-pox et l'ancien vaccin, non seulement sur des enfans et des animaux, mais encore sur des personnes adultes, et il espère arriver à des conclusions remarquables. Il offre en même temps à l'Académie de lui présenter un jeune homme de vingt-deux ans, qu'il vient d'inoculer aux deux bras par le cow-pox du pays indiqué.

M. Bousquet demande la permission de questionner M. Gérard sur le volume des nouvelles pustules qu'il vient d'obtenir à Rambouillet. Celui-ci répond qu'elles sont plus petites que celles de l'ancien cow-pox. M. Bousquet fait observer que le nouveau cow-pox dont parle le préopinant est donc différent de celui de Paris, dont les pustules étaient au moins le double en volume de celles de l'ancienne vaccine.

M. Dupuis fait observer que Jenner n'a pas décrit la pustule du cow-pox sur la vache même, mais bien après l'avoir inoculé plusieurs fois sur l'homme, de sorte qu'on ne peut rien déduire de ces différences que M. Bousquet voudrait établir entre le cow-pox de Rambouillet et celui de Paris.

MM. Husson et Larrey demandent à l'Académie que M. Gérard communique son travail et présente ses opérés à la commission de vaccine. (Adopté.)

3° *Empyéme thoracique.*

M. Roux donne lecture d'une observation de thoracentèse pratiquée avec succès, et dont M. Nacquart avait fait mention dans une des dernières séances. Il s'agit d'un nommé Richard, de Fontainebleau, âgé de trente-deux ans, de constitution lymphatique, qui, à la suite de douleurs rhumatismales à la poitrine, a été saisi de symptômes d'épanchement pleurétique au côté droit. Le mal datait de quinze à dix-huit mois lorsque la ponction a été pratiquée par M. Roux, dans le mois d'avril 1831. La dyspnée était extrême, la poitrine droite bombée, les espaces intercostaux écartés; le son mat, la fluctuation, etc., rendaient le diagnostic de toute évidence. Les antécédens de la maladie faisaient déjà présumer que le mal consistait dans un hydrothorax idiopathique, mais on ne pouvait pas assurer dans quel état la plèvre se trouvait. Les diurétiques avaient été sans effet.

La ponction a été pratiquée avec un trois-quarts; on vida une partie du liquide (quinze onces seulement), qui était comme de l'eau citrine floconneuse. On passa un morceau de gomme élastique dans la canule du trois-quarts, qu'on a laissée bouchée en place, la métallique ayant été retirée. Ensuite la sonde a été débouchée tous les deux jours pendant cinq ou six fois, en évacuant quelques onces de liquide à chaque fois. A cette époque, les symptômes les plus alarmans se sont déclarés: pleurésie intense, écoulement purulent fétide par la canule, syncopes; le malade semble expirer à chaque instant. Cet orage cependant a été dissipé; le poumon s'épanouit petit à petit et acquiert des adhérences avec la paroi thoracique; celle-ci s'affaisse, l'écoulement par la canule devient plus louable; on fait des injections d'abord émollientes, puis détersives et astringentes de décoction de quinquina. La suppuration a été décroissante et l'amélioration générale toujours progressive. Enfin la canule a été retirée et le malade a guéri, en conservant toutefois une petite ouverture fistuleuse et un léger suintement habituel. Le sujet a pu se livrer de nouveau à des affaires de commerce et faire même des voyages. Il n'est mort que quatre ans après.

M. Cruveilhier examine la succession des phénomènes qu'a présentés le malade dont on vient de lire l'observation, et il trouve dans ce fait même de quoi condamner la méthode des pouctions ou des évacuations successives et graduées des épanchemens, soit thoraciques, soit abdominaux.

L'expérience lui a démontré que la ponction soulage constamment les malades, mais qu'elle est constamment aussi suivie d'accidens très-graves, très-souvent mortels, lorsqu'on suit la méthode de la graduation à laquelle l'Académie semble avoir donné la préférence. M. Cruveilhier trouve plus d'avantage dans la méthode contraire, l'évacuation complète en une seule séance. Il pense que ce sont les ponctions répétées ou les canules qu'on laisse en place, comme dans le cas de M. Roux, qui enflamment fâcheusement les muqueuses quelques jours après. Il cite plusieurs cas de sa pratique où les malades sont morts à la suite de ces ponctions successives, tandis que le contraire a eu lieu lorsqu'on a suivi la méthode opposée. Il ajoute que cette question avait été débattue à l'Hôtel-Dieu par Dupuytren et Pelletan, mais il ne dit pas quelle a été la décision de ces deux grands maîtres. M. Cruveilhier conclut en demandant à l'Académie qu'on voulût bien mettre à l'ordre du jour, pour la prochaine séance, cette question:

Quelle est la meilleure méthode à suivre dans l'opération de l'empyème thoracique: est-ce la ponction répétée et l'évacuation successive du liquide, ou bien l'évacuation totale en une seule séance? (Adopté.)

— M. le docteur Roux, de Marseille, envoie à l'Académie l'exposé de ses titres scientifiques et divers ouvrages, en demandant que son nom soit porté sur la liste des candidats aux places de membres correspondans.

Séance du 3 novembre.

Présidence de M. Louyer-Willermay.

La correspondance officielle ne comprend qu'une seule pièce:

Etats des vaccinations de la Marne.

Correspondance manuscrite.

1° Observation d'une tumeur encéphaloïde, par le docteur Ouvrard, d'Angers.

2° Lettre de M. Martin, médecin orthopédiste: demande un tour de faveur pour exposer ses idées sur l'origine des pieds-bots de naissance.

3° Lettre de M. Trousseau: se désiste de sa candi-

dature à la place présentement vacante dans la section de pathologie interne.

4° Lettre de M. Leuret : même objet.

5° Lettre de M. Voisin : même objet.

Après le dépouillement de la correspondance, l'ordre du jour appelle la nomination d'un membre résident. L'Académie est au grand complet : il y a 136 bulletins ; la majorité est de 69. Au premier tour de scrutin, M. Dubois, d'Amiens, obtient 72 voix ; M. Jolly, 61 ; M. Leuret, 1 ; M. Teallier, 1. Il y a un billet blanc.

M. Dubois, d'Amiens, ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre de l'Académie, sauf l'approbation du roi.

Cette affaire terminée, M. le rapporteur de la commission des remèdes secrets obtient la parole : il lit six rapports sur six remèdes secrets qui tous sont rejetés comme étant connus, insignifians ou dangereux.

L'Académie se sépare à cinq heures moins un quart.

Séance du 15 novembre.

Présidence de Louyer-Willermay.

Correspondance officielle.

1° Lettre ministérielle par date du 10 novembre, avec envoi d'un second rapport du médecin des épidémies de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Francheville.

2° Lettre ministérielle, *idem*, avec envoi d'une liqueur à laquelle le sieur Watebled attribue la propriété de guérir les cors aux pieds.

3° Lettre ministérielle, *idem*, avec envoi des rapports des médecins-inspecteurs des eaux minérales de Barbotan et de Castura-Verduzan.

Correspondance manuscrite :

1° Tableau historique des épidémies qui ont régné dans l'arrondissement de Belley, depuis le commencement de ce siècle jusqu'en 1835, par le médecin en chef des épidémies.

2° Lettre de MM. John et Absil, sur la possibilité de guérir les ankyloses.

3° Lettre de M. Pecot, de Besançon : se porte comme candidat aux places de membre correspondant.

4° Lettre de M. le professeur Stoltz, de Strasbrurg : même sujet.

5° Lettre de M. Lemazurier, de Versailles, touchant une nouvelle rencontre de cow-pox faite à Rambouillet.

Après le dépouillement de la correspondance, M. le président annonce qu'il y a une nouvelle vacance dans l'Académie, par le décès de MM. Boisseau, Parent-Duchâtelet et Canin. L'Académie aura à former, dans la prochaine séance, une commission pour savoir dans quelle section se fera le remplacement.

— M. Chervin voudrait qu'on attendît que la nomination de M. Dubois, d'Amiens, fût approuvée par le roi avant de s'occuper d'une autre. Cette observation n'a pas de suite.

— Au nom du comité de publication, M. Bousquet propose de réunir dans un même volume les mémoires communiqués, savoir :

Le mémoire de MM. Trousseau et Belloc, sur la phthisie laryngée ;

Le mémoire de M. Rizueno de Amador sur l'influence de l'anatomie pathologique depuis Morgagni jusqu'à nos jours ;

Le mémoire de M. Sancerotte, sur le même sujet. (Approuvé.)

— M. Dupuy fait un rapport verbal sur un ouvrage écrit en italien, de M. Lessona, professeur à l'école vétérinaire de Turin.

M. Lessona s'est proposé de prouver, contre l'opinion commune, que la pneumonie des bœufs n'est pas contagieuse. On sait que cette pneumonie est regardée comme le résultat d'une fonte tuberculeuse, ce qui a fait dire à M. le rapporteur qu'il préfère le mot de pneumonite.

A l'appui de sa thèse, M. Lessona cite un grand nombre d'observations, desquelles il résulte que beaucoup de bœufs sont restés impunément dans la même étable à côté d'autres bœufs qui sont morts de pneumonie.

M. le rapporteur regrette que M. le professeur de Turin n'ait pas fait d'autres expériences pour éclaircir cette grave question, expériences toujours faciles sur les animaux.

Empyème.

L'ordre du jour appelle la discussion sur l'opération de l'empyème.

M. Rochoux. Pour bien comprendre la question, il faut remonter jusqu'à l'anatomie pathologique. Dans la première édition de son ouvrage, Laënnec attribue le mauvais succès de l'opération de l'empyème à l'affaissement du poumon comprimé par le liquide épanché et aux tubercules dont trop souvent alors le poumon est le siége. Dans sa seconde édition, à ces causes il ajoute la formation de fausses membranes autour du poumon. Je puis certifier que ces fausses membranes sont fort rares ; mais il est, au contraire, très-commun que la plèvre s'épaississe et oppose une barrière presque insurmontable au poumon. Cet effet est d'autant plus facile ici qu'on sait que le poumon n'est pas seulement enveloppé d'une membrane séreuse, mais encore d'une membrane fibreuse ; c'est ce qu'a fait voir un anatomiste allemand. Du reste, qu'on ouvre la poitrine avec le bistouri ou avec le trois-quarts, qu'on évacue tout le liquide épanché en une seule fois ou en plusieurs fois, ce sont choses assez indifférentes. Il en faut dire autant de l'introduction de l'air. Là n'est pas la question : le point essentiel serait d'opérer avant que le poumon ne soit affaissé, ou de trouver un moyen de rendre au poumon son élasticité ; mais jusqu'ici la science n'en connaît pas. C'est pour cela, sans doute, que Laënnec veut qu'on opère très-promptement.

M. Velpeau. Faut-il ouvrir la poitrine avec le bistouri ou avec un trois-quarts ? faut-il évacuer le liquide



épanché tout d'un coup ou successivement? Il y a des faits pour tout le monde. Mais ici se présente une question préalable. Les épanchemens sont, en effet, de natures fort différentes. Il y a des épanchemens de sang, il y en a de purulens, il y en a de simple sérosité, etc. La conduite du chirurgien doit varier suivant les cas. M. Larrey a dit que dans l'épanchement de sang, il fallait d'abord fermer la plaie et pratiquer ensuite la ponction avec le trois-quarts. Lorsqu'on a affaire à un épanchement purulent, on comprend que le cas est tout autre; il est clair que le danger est relatif à la cause de l'épanchement. Il en est de même des épanchemens aqueux ; ainsi supposez une collection de pus dans les poumons, qui s'est fait jour dans la cavité des plèvres; supposez une lésion organique du cœur ou des gros vaisseaux, il est bien évident que l'opération de l'empyème ne peut avoir aucun bon résultat. Cette opération ne peut donc réussir qu'après les épanchemens consécutifs à la pleurésie et sans lésion organique.

Ici M. Velpeau cite cinq ou six malades sur lesquels il a pratiqué l'opération de l'empyème, et qui sont tous morts, parce qu'ils avaient des maladies incurables.

M. Larrey. Je suis vraiment étonné qu'à une époque où la chirurgie a si peu de chose à faire pour atteindre la perfection, je suis étonné qu'on se demande encore s'il faut évacuer le liquide épanché subitement, ou successivement et comme goutte à goutte. Quoi que vous fassiez, il pénétrera sans doute de l'air dans la poitrine, mais l'air n'est pas dangereux par lui-même ; le danger est dans la corruption, dans la décomposition de la matière de l'épanchement, et c'est pour cela qu'il faut l'évacuer en totalité, s'il est possible, et une seule fois. J'ai fait la paracenthèse, avec le bistouri, sur dix à douze militaires, pour des épanchemens de sang, et tous mes malades ont guéri. Le muséum de l'École-de-Médecine possède un thorax qui appartenait à un de ces malheureux, mort plus tard d'une maladie tout à fait étrangère à celle dont je parle. Il existe encore, soit aux Invalides, soit ailleurs, plusieurs témoignages vivans de ces succès, et je suis prêt à les mettre sous les yeux de la compagnie, si elle le désire.

Je viens à la théorie. Pourquoi faut-il évacuer les humeurs épanchées jusqu'à la dernière goutte? parce que, pour peu qu'il en reste, il se développe des inflammations, lesquelles se propagent aux organes principaux et compromettent les jours des malades. Du reste, de quelque manière qu'on s'y prenne, les guérisons sont très-lentes. Il faut, en effet, que le poumon se développe, que les côtes s'affaissent, et finalement que les deux parties, en se rapprochant, comblent le vide qu'a fait l'évacuation du pus.

M. Louis. M. Velpeau disait tout à l'heure que le procédé opératoire est infiniment moins important que la détermination des cas où il convient d'opérer. J'ai recueilli en quelques années cent cinquante observations de pleurésie. Le hasard a fait qu'à mon entrée à la Pitié, cette maladie s'est présentée à moi fréquemment, ce que je fais observer, pour qu'on ne croie pas que je me suis mépris dans le diagnostic. Tous ces malades ont été traités de la même manière, c'est-à-dire par des saignées modérées, et ils sont tous guéris sans exception; mais j'ajoute qu'à l'invasion de la pleurésie ces hommes se portaient parfaitement bien. D'où je conclus que la pleurésie est par elle-même une maladie assez légère. Que si l'on en a jugé autrement, c'est que ceux qui nous ont précédés, n'ayant pas les moyens de la reconnaître aussitôt qu'elle se montrait, l'attaquaient trop tard. Mais si les pleurétiques guérissent tous ou presque tous, on conçoit que l'occasion de pratiquer l'opération de l'empyème après la pleurésie doit être très-rare.

M. Bricheteau. Je pense qu'il ne faut pas redouter l'ouverture du thorax, car elle peut réussir dans les cas les plus graves. Un homme issu d'une famille tuberculeuse présentait lui-même les symptômes de la même diathèse. Il entra à l'hôpital de la Charité, où, si j'en juge par ce qu'il m'a raconté, il eut une gangrène du poumon. Quelque temps après il entra à l'hôpital Necker avec tous les symptômes du pneumo-thorax et d'un épanchement. Le malade étant près de suffoquer fut opéré de l'empyème : il s'écoula environ sept pintes de liquide, et il se sentit très-soulagé. Six mois après, retour des mêmes accidens, nouvelle opération ; il y a de cela quatorze mois, et le malade va très-bien. Je le considère comme guéri.

M. Dupuy. Il résulte des expériences faites sur les chevaux que lorsqu'on injecte un liquide irritant, tel que vinaigre, bile, dans un côté du thorax, il se fait un épanchement de ce côté, mais il s'en fait un aussi de l'autre côté et beaucoup plus considérable.

M. Bouillaud. Il était naturel qu'on s'occupât de l'indication de l'opération avant de s'occuper des procédés opératoires. Cela suppose toutefois qu'on a des données plus ou moins certaines sur la mortalité de la pleurésie. D'après M. Louis, la pleurésie serait une maladie extrêmement légère, puisqu'il n'a pas perdu un seul malade. Reste à savoir si ce résultat n'est pas un peu du hasard. Quoi qu'il en soit, je suis d'un autre sentiment, et, par exemple, le mémoire de M. Faure, qui donne lieu à cette discussion, n'embrasse que deux ans, et j'y vois neuf cas d'épanchement, suite de la pleurésie. Pour mon propre compte, depuis vingt ans que j'observe, j'ai vu un assez grand nombre de pleurésies mortelles : telle fut celle de M. Dupuytren. Laënnec disait que, si on opérait de bonne heure, on aurait plus de succès. Cela est évident. La pleurésie n'est pas mortelle dans sa première période; mais il n'est pas rare qu'elle produise des épanchemens qui font périr ensuite les malades. J'en ai cité un exemple dans mon rapport sur M. Faure.

Du reste, je ne dis pas qu'on ne guérisse très-bien la pleurésie; mais je connais des méthodes plus efficaces que celles qu'on suit ordinairement.

M. Louis. Je prie l'Académie de remarquer que je n'ai parlé que des pleurésies qui atteignent des personnes jusque là bien portantes. J'ajoute que cette distinction est applicable à la plupart des maladies ; ainsi

la péricardite est elle-même très-peu dangereuse dans les mêmes circonstances. Il en est de même de l'érysipèle, tellement que M. Chomel n'a vu périr, depuis plusieurs années, qu'un seul malade de cette maladie.

M. Bouilland. Je prie l'Académie de croire que je prend les questions comme elles me sont données. Je n'ai donc entendu parler que des malades placés dans les mêmes conditions que ceux dont parle M. Louis, et je répète que pour ceux-là mêmes la pleurésie est plus grave qu'on ne le dit. A l'égard de l'érysipèle, on en meurt rarement; cependant j'ai perdu récemment un malade, mais je ne lui ai fait que deux saignées; cela ne m'arrivera plus.

M. Rochoux redit en d'autres termes ce qu'il a dit au commencement de cette discussion.

La suite de la discussion est renvoyée à la séance prochaine.

M. Borsari, chirurgien-herniaire à Dijon, commence une lecture sur un nouveau bandage de son invention; mais, après quelques minutes, elle est suspendue, et le travail de M. Borsari renvoyé à des commissaires.

(*Journal hebd. de méd.*)

ACADÉMIE ROYALE DES SCIENCES.

—

Séance du 3 octobre.

Pluie de crapauds. — Aux divers cas de pluies de crapauds que nous avons plusieurs fois mentionnés dans les séances antérieures de l'Académie des sciences, nous ajouterons la communication suivante faite à l'Institut, par M. Cantié, d'Alby. « Je fus surpris, dit-il, par un orage qui m'obligea à me réfugier sous une haie. Il plut et il grêla pendant une heure; lorsque je me disposais à reprendre ma route, un autre nuage, aussi épais que le premier, m'annonça une seconde averse, et je pris le parti de ne pas quitter le toit naturel qui m'avait abrité. Quel fut mon étonnement, lorsqu'au bout de trois ou quatre minutes, je vis tomber autour de moi des têtards presque sans queue, qui, à peine tombés, se dépouillaient d'une espèce d'enveloppe noirâtre, aussi fine que le papier Joseph, et, devenus crapauds ou grenouilles s'enfuyaient vers les fossés qui bordaient la route.

Fluide électrique de la torpille.—M. Donney adresse l'extrait d'une lettre, dans laquelle M. Mateucci donne les résultats de ses expériences sur 36 torpilles :

1° On obtient la décharge de la torpille, quoique la peau de l'organe ait été enlevée, et même que des tranches de cet organe aient été coupées.

2° Si la torpille ne se décharge pas, il est impossible d'obtenir dans l'intérieur de l'organe la moindre trace d'électricité, soit au galvanomètre, soit au condensateur.

3° L'intensité de la décharge diminue quand on réduit le nombre des filets nerveux qui se rendent à l'organe.

4° Dans l'acte de la décharge, on trouve constamment le courant électrique dirigé du dos au bas ventre.

5° Trois grains d'hydrochlorate de morphine tuent la torpille en dix minutes, et sa mort est accompagnée de plus fortes décharges et de convulsions.

6° Lorsque la torpille a cessé de donner la décharge électrique, si, mettant le cerveau à nu, on touche le lobe qui donne des nerfs à l'organe, on a des décharges plus fortes, qui ont la direction constante du dos au bas-ventre; mais, si, au lieu de toucher simplement la surface du cerveau, on le blesse sans direction, alors des décharges très-fortes se renouvellent, sans avoir la même constance dans la direction du courant.

Ces faits suffisent, d'après l'auteur, pour démontrer que l'électricité de la torpille ne se produit point dans les organes qu'elle a de chaque côté du cervnau, que le courant reçoit du cerveau la direction, et que l'électricité n'est dans l'appareil que condensée, comme dans une bouteille de Leyde.

Solidification de l'acide carbonique. — M. Thilorier adresse à l'Académie une lettre, dans laquelle il annonce qu'à l'aide d'un appareil très-simple, il est parvenu à produire instantanément de l'acide carbonique solide, en masses de 15 à 20 grammes, dont la chimie expérimentale peut retirer quelque utilité.

L'auteur, après s'être spécialement occupé des propriétés physiques et chimiques de ce corps, avait entretenu, dans le temps, l'Académie, de ses expériences sur le froid obtenu par l'action de cet agent à l'état liquide, dirigé sur la boule d'un thermomètre. Aujourd'hui, revenant sur ces expériences il annonce que, lorsqu'il dirigea en 1822, sur la boule d'un thermomètre, un jet d'acide carbonique liquide, la coquille de verre au milieu de laquelle était placée la boule du thermomètre, fut remplie presqu'entièrement, d'une poussière blanche qui avait un caractère particulier, et dont le grain était plus fin que celui de la neige.

Cette substance qui était *l'acide carbonique solide*, ne fut pas d'abord reconnue pour ce qu'elle était réellement. M. Thilorier crut qu'elle était le résultat de la condensation, sous forme de neige, des parcelles aqueuses par le gaz liquéfié. C'est pour éviter cet inconvénient, qu'il imagina de transvaser l'acide carbonique liquide dans un réservoir séparé.

Ce nouvel appareil, à son grand étonnement, lui donna à l'ouverture du robinet le même produit; aussi fut-il sur-le-champ convaincu que ce ne pouvait être que de l'acide carbonique solide, ce qui fut constaté en présence de la commission désignée par l'Académie, pour répéter ses expériences sur ce corps à l'état liquide.

Principe odorant du vin.—M. Pelouse, fait connaître le résultat des recherches qu'il a faites, de concert avec M. Liébig, sur le principe odorant du vin. M. Delescamps, pharmacien à Paris, a obtenu une huile essentielle qui paraît être le principe cherché. Son odeur est celle du vin vieux. Ses propriétés chimiques l'éloignent de la classe des huiles essentielles, et, sous le rapport de sa constitution, elle jette un nouveau jour sur la

chimie, en fournissant le premier exemple d'un véritable éther formé dans l'acte de la fermentation. Cet éther est composé d'un nouvel acide que l'auteur propose d'appeler *œnautique*.

Lait d'ânesse. — M. Peligot, communique le résultat de ses recherches sur le lait d'ânesse ; nous nous contenterons d'en résumer la composition et l'analyse :

Matière solide.	9,53	Beurre.	1,29
Eau.	90,47	Sucre.	6,29
	100,00	Caseum.	1,95

Séance du 10 *et du* 17.

Instrumens de lithotritie. — M. Charrière présente deux modifications qu'il a apportées aux instrumens lithotriteurs. La première consiste à remplacer l'écrou brisé, déjà employé, par un autre écrou de son invention, qui simplifie le mode de rendre la branche courante, tantôt libre pour la refouler avec la main, tantôt assujettie à un écrou pour la porter au moyen d'une vis contre le calcul; on obtient à sa disposition l'un ou l'autre mode d'agir, en faisant tourner sur son axe une virole d'un quart de tour seulement, ce qui abrège beaucoup le temps.

La deuxième modification consiste en ce qu'il a entièrement fenêtré le fond de la branche fixe de la pince.

M. Charrière a de plus proportionné à la force des instrumens la longueur du diamètre de la rondelle qui sert à faire avancer la vis, et qu'il a substituée au volant, de sorte qu'on n'aura plus dans la main assez de force pour briser ou fausser la pince, dans le cas ou le calcul offrirait une dureté trop résistante, accident redoutable et qui peut arriver avec les longs leviers employés aujourd'hui.

M. Bouchon présente également une modification qu'il à fait subir à un instrument lithotriteur, de son invention, présenté dans une autre séance. Cette modification consiste à donner une courbure plus prononcée à l'extrémité vésicale de l'instrument, laquelle facilite son introduction, dans le cas où une tuméfaction de la prostate a rendue plus considérable la courbure de l'urètre.

M. Boucheron, docteur-médecin, écrit qu'il a trouvé le moyen de rendre la vie aux bulbes, qui restent dans un état d'atonie après la chute des cheveux, et demande à faire examiner ses résultats par une commission (commissaires MM. Serre et Double).

M. James lit une note dans laquelle il se propose d'établir que le vaccin vieux et usé n'est pas susceptible de préserver des atteintes de la variole.

M. Thomson lit un mémoire de M. Coste, sur la structure du périnée. (Renvoyé à la commission déjà nommée.)

Séance du 24.

Manne hébraïque. — M. de Mirbel présente à l'Académie un échantillon de la manne dite *manne du ciel* (*manne hébraïque*) qui lui a été apportée par le fils du consul de France à Trébizonde. Cette manne, recueillie sur les feuilles de *l'Elysarum Agadi*, est mêlée avec des débris de feuilles qui lui donnent une couleur d'un brun verdâtre. Sa saveur est sucrée et assez agréable.

Cette substance sera analysée par M. Chevreul.

Inoculation du tartre stibié uni à l'huile de croton tiglium. — M. Lafargue de Saint-Émilion écrit, qu'en continuant ses expériences sur l'inoculation des médicamens, il a obtenu des pustules remarquables, en introduisant sous l'épiderme, à l'aide d'une lancette, une gouttelette de solution concentrée de tartre stibié et d'huile de croton tiglium.

Nain d'Illyrie. — M. Geoffroy-Saint-Hiliaire annonce qu'il vient d'arriver à Paris, un nain âgé de 22 ans, qui n'a que trois pieds de hauteur. Cet individu qui se nomme Gulia (Mathias), est né le 20 janvier 1815, à Brédia en Illyrie, non loin de Trieste, de parens bien conformés. Son frère qui est grand et bien fait, sert dans les armées autrichiennes. Sa sœur est également d'une taille élevée, et de formes agréables. Gulia paraît avoir cessé de croître à l'âge de 5 ans. M. Geoffroy fait observer que ce qui distingue cet individu de ceux de sa taille, ce sont des formes bien proportionnées et un esprit bien cultivé. Il parle cinq langues, joue du violon, monte à cheval, et montre de l'adresse à la chasse.

Bien que l'arrêt de développement de cet individu ait eu lieu à un âge aussi peu avancé, son état de santé, qui est constamment bon, n'en a éprouvé aucune influence fâcheuse.

Séance du 31.

Tubes à double conduit propres à vider la plèvre sans permettre l'entrée de l'air dans la poitrine. — Cette séance n'offre de spécial à la médecine et à la chirurgie que la présentation et la description, faites par M. Meissiat d'un nouvel instrument de son invention, applicable aux maladies de poitrine. Cet instrument consiste dans la disposition des tubes à double courant, disposés pour être mis en communication avec les cavités de la plèvre, et munis de soupapes et de robinets.

Avec son instrument, dont la description serait aussi fastidieuse qu'inintelligible sans sa présence, l'auteur assure que, dans l'empyème, l'hydro-thorax et le pneumothorax, il parvient à débarrasser la plèvre de l'air ou des liquides, graduellement ou promptement, à sa volonté, sans laisser pénétrer l'air extérieur dans la poitrine. Il peut, de plus, injecter dans cette cavité, selon le besoin, un liquide simple ou médicamenteux. (Renvoyé à l'examen de MM. Dulong, Magendie et Savart.) (*Revue Médicale.*)

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS CE VOLUME.

BULLETIN MÉDICAL BELGE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

LANCETTE FRANÇAISE, GAZETTE DES HOPITAUX.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS.



ANNALES DE CHIMIE ET DE PHYSIQUE.

JOURNAUX ÉTRANGERS.

GRAEFE U. WALTHER, JOURNAL FUER CHIRURGIE U. AUGENHEILKUNDE.

MEDICO-CHIRURGICAL REVIEW.

REVUE MEDICO-CHIRURGICALE ANGLAISE.

BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

TABLE GÉNÉRALE ET ALPHABÉTIQUE

DE

L'ENCYCLOGRAPHIE DES SCIENCES MÉDICALES (1).

(DEUXIÈME SÉRIE. — ANNÉE 1836, COMPRENANT LES TOMES I A XII.)

(1) Pour faciliter les recherches nous avons placé à la fin de l'indication de chaque article le nom de l'auteur, en caractères italiques.

B.

D.

E.

F.

I.

N.

O.

P.



Q.

R.

S.

U.

V.

X.

Z.

FIN DE LA TABLE ALPHABÉTIQUE (2e SÉRIE.)



